

## 1 OBJETIVO

Implementar um protocolo assistencial, baseado em evidências científicas, para o manejo da Hemorragia Pós-Parto (HPP) na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), a fim de padronizar as condutas dos profissionais que prestam assistência direta às parturientes.

## 2 JUSTIFICATIVA

Melhorar a prática clínica: o protocolo permite a atualização do conhecimento sobre a Hemorragia Pós-Parto (HPP), favorecendo o diagnóstico precoce, a tomada de decisões e o estabelecimento de uma terapêutica clara, individualizada e assertiva;

Facilitar o acesso a material atualizado: toda instituição hospitalar necessita de um material conciso, de fácil acesso, baseado em evidências científicas, para consultas rápidas em situações de emergência;

Sistematizar a assistência: o documento esclarece as atribuições, competências e responsabilidade de cada profissional assistente. Além disso, permite que médicos residentes, obstetras, anestesiólogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem conduzam os casos em sincronia, através de fluxos que podem ser lidos e aplicados por todos;

Unificar condutas: considerando o amplo número de profissionais que prestam assistência direta às parturientes e a formação diversificada dos colaboradores, ter um protocolo que unifique as condutas é essencial para a condução segura e efetiva dos casos de hemorragia, principalmente quando os partos ocorrem em horários de trocas de plantões e uma nova equipe assume o seguimento da paciente;

Reduzir a morbimortalidade: quando se analisam os casos de quase óbito “near miss” ou óbito materno por Hemorragia Pós-Parto (HPP), frequentemente são encontrados atrasos relacionados ao acesso das pacientes ao sistema de saúde, ao manejo obstétrico, aos problemas organizacionais e de estrutura da maternidade. Dessa forma, a revisão propõe suprimir esses obstáculos e aumentar as taxas de sobrevivência materna. Incluir a descrição do Protocolo.

## 3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Crítérios de inclusão:

- a) Gestantes com idade gestacional maior que 20 semanas que tiverem o parto realizado na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), independente da classificação da gestação (se alto risco ou risco habitual), da via de parto (se vaginal – espontâneo ou induzido - ou cesariana) e do motivo pelo qual foi indicada a resolução da gestação, que apresentarem hemorragia imediatamente ou até 24h após o parto, com ou sem sinais de instabilidade hemodinâmica.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. ALBERTO ANTUNES  
HUPAA-UFAL

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

b) Puérperas que tiveram o parto realizado na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) e evoluem com hemorragia 24h a 6 semanas após o parto, com ou sem sinais de instabilidade hemodinâmica e que, por algum motivo, ainda estejam nas dependências do hospital, seja no pré-parto ou no alojamento conjunto.

c) Puérperas que derem entrada na maternidade com hemorragia precoce (imediatamente ou até 24h após o parto) ou tardia (24h até 6 semanas após o parto), com ou sem sinais de instabilidade hemodinâmica, independente se o parto fora realizado no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), se procuraram atendimento por demanda espontânea ou se vieram encaminhadas (via cora ou não) de outras unidades de saúde.

**Critérios de exclusão:**

a) Gestantes com idade gestacional menor que 20 semanas que tiverem a gestação resolvida na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), considerando a definição de abortamento.

b) Gestantes com idade gestacional maior que 20 semanas que tiverem o parto realizado na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), independente da classificação da gestação (se alto risco ou risco habitual), da via de parto (se vaginal – espontâneo ou induzido - ou cesariana) e do motivo pelo qual foi indicada a resolução da gestação, que não apresentem hemorragia precoce (imediatamente ou até 24h após o parto) e/ou tardia (24h a 6 semanas após o parto).

c) Puérperas que derem entrada na maternidade devido intercorrências que não envolvam hemorragia após o parto (por exemplo, infecção ou deiscência de ferida operatória, mastite e complicações cirúrgicas), independente se o parto fora realizado no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) ou não, se procuraram atendimento por demanda espontânea ou se vieram encaminhadas (via cora ou não) de outras unidades de saúde.

d) Gestantes admitidas na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) devido intercorrências clínicas na gestação e que não possuem critérios e/ou previsão para a realização do parto.

e) Gestantes que derem entrada na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) com sangramento não relacionado à gestação ou ao parto, a exemplo de traumas ou lesão em fundo de saco.

f) Gestantes admitidas na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) com patologias que levam à ocorrência de sangramento na gestação, a exemplo de placenta prévia, desde que a conduta quanto à resolução da gestação seja expectante e não evolua com hemorragia e/ou sinais de instabilidade hemodinâmica.

## 4 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

### 4.1 Médicos (obstetras, anesthesiologistas e hemoterapeuta)

- a) Ter conhecimento aprofundado sobre os fatores de risco, as manifestações clínicas, as causas, os tratamentos e as complicações da Hemorragia Pós-Parto (HPP);
- b) Dominar o protocolo assistencial da maternidade para assistência ágil e eficaz das parturientes com hemorragia;
- c) Fazer a avaliação do risco de hemorragia no ato do internamento da gestante, registrar em prontuário e informar à equipe para que todos fiquem vigilantes quanto à loquiação após o parto;
- d) Prestar assistência ao parto e realizar o manejo ativo do terceiro período, tanto no parto via vaginal quanto abdominal;
- e) Medir a perda de sangue após o parto, seja por métodos quantitativos ou subjetivos, e diagnosticar precocemente a Hemorragia Pós-Parto (HPP);
- f) Realizar o exame físico puerperal (geral e ginecológico) com o objetivo de identificar a causa da hemorragia e, dessa forma, instituir corretamente a terapêutica;
- g) Avaliar sinais clínicos (PA, FC, saturação de O<sub>2</sub>, nível de consciência, sangramento vaginal, entre outros), grau de choque e índice de choque;
- h) Ao diagnosticar a hemorragia, informar imediatamente a paciente, ao acompanhante e a equipe multiprofissional; Paralelamente, instituir as primeiras medidas para controle do sangramento, conforme a causa base identificada no exame físico.
- i) Estabelecer com a equipe, uma comunicação clara e efetiva, através do sistema de dupla checagem. Por exemplo: “Por favor, 20 unidades de ocitocina em 500 ml de soro fisiológico agora”, ao passo que o outro profissional responde: “Instaladas 20 unidades de ocitocina em 500 ml de soro fisiológico.”
- j) Nos casos de hemorragia por atonia uterina, solicitar a aplicação das medicações conforme o fluxograma e realizar todas as manobras e procedimentos necessários para controle do sangramento, sendo eles: massagem uterina bimanual, confecção de balão de tamponamento (na ausência do industrializado), inserção e remoção dele, aplicação e remoção do traje antichoque (se disponível no serviço) e procedimentos cirúrgicos (suturas compressivas, ligadura de vasos ou histerectomia).
- k) Na vigência de hemorragia por trauma, revisar cuidadosamente o canal de parto e corrigir as lacerações com sangramento ativo, independente do grau e da localização (períneo, grandes e pequenos lábios, parede vaginal e colo do útero). Se necessário, corrigir em centro obstétrico sob anestesia. Além disso, avaliar a presença de hematomas e realizar a hemostasia dos vasos sangrantes. Mediante sinais e sintomas sugestivos de rotura uterina, abordar cirurgicamente o mais breve possível. Ademais, se inversão uterina, efetuar a manobra de Taxe ou abordar cirurgicamente, se houver falha com as primeiras medidas instituídas.

- l) Caso haja hemorragia por retenção de tecido placentário, realizar curagem ou curetagem; caso a dequitação seja prolongada (exceder 30 minutos), realizar a extração manual seguida de curagem; na ausência de plano de clivagem, que possa sugerir acretismo, não remover a placenta e abordar cirurgicamente; caso confirmado, realizar histerectomia com a placenta in situ.
- m) Mediante hemorragia por coagulopatia, solicitar a coleta de exames laboratoriais e a transfusão de hemocomponentes; além disso, caso disponível no serviço, realizar a aplicação e remoção do traje antichoque.
- n) Liderar a equipe para uma ação conjunta e assertiva, aumentando a eficácia do tratamento proposto e a sobrevivência materna;
- o) Comunicar a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nos casos de maior gravidade e solicitar leito;
- p) Solicitar e interpretar exames laboratoriais e de imagem, quando necessários, para seguimento ou resolução do quadro;
- q) Solicitar concentrado de hemácias, plaquetas e plasma fresco congelado, conforme a necessidade, independente da causa da hemorragia. Nos casos graves, aplicar o protocolo de transfusão maciça;
- r) Vigiar a paciente após resolução da hemorragia, assim como monitorizar os sinais vitais e a loquiação, juntamente com a equipe multidisciplinar;
- s) Fomentar a educação sobre protocolos e simulações de situações que envolvam a Hemorragia Pós-Parto (HPP) para treinamento periódico da equipe;
- t) Promover a cultura de revisão multidisciplinar dos casos graves de hemorragia para identificar as condutas estabelecidas, as dificuldades do serviço e formas de melhorias;
- u) Contribuir para a confecção e alimentação de um sistema de registros que permita o acesso fácil a informações como: número de pacientes com Hemorragia Pós-Parto (HPP) no mês e/ou ano, medidas terapêuticas instituídas em cada caso, medicações mais utilizadas, se houve uso de balão de tamponamento ou vestimenta do traje antichoque ou evolução para procedimentos cirúrgicos, além da relação dos casos que tiveram desfecho positivo, com resolução efetiva do quadro de hemorragia, dos casos “near miss” e dos casos que apresentaram desfecho negativo, culminando com o óbito materno.

#### 4.2 Enfermeiros assistenciais

- a) Estratificar o risco para Hemorragia Pós-Parto (HPP), juntamente com o médico responsável pelo internamento, e identificar a paciente com pulseira de classificação própria, quando admitida na maternidade;
- b) Revisar a estratificação de risco para hemorragia quando iniciar o trabalho de parto;
- c) Realizar massagem uterina gentil a cada 15 minutos nas primeiras duas horas pós-parto, imediatamente após a saída da placenta;
- d) Avaliar a perda sanguínea vaginal pós-parto através da estimativa visual, contagem e pesagem de compressas ou dispositivos coletores;



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. ALBERTO ANTUNES  
HUPAA-UFAL

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

- e) Verificar sinais clínicos (PA, FC, saturação de O<sub>2</sub>, nível de consciência, sangramento vaginal, entre outros) e índice de choque;
- f) Orientar puérpera e acompanhante sobre os sinais e sintomas de alerta para Hemorragia Pós-Parto (HPP) e solicitar ajuda profissional, sempre que necessário;
- g) Solicitar avaliação imediata da equipe médica diante de um quadro de Hemorragia Pós-Parto (HPP);
- h) Esclarecer à puérpera e acompanhante sobre a situação e os procedimentos a serem realizados;
- i) Providenciar dois acessos venosos periféricos (Jelco 14G ou 16G, preferencialmente);
- j) Administrar cristaloides aquecidos e medicações necessárias;
- k) Coletar amostras de sangue para exames laboratoriais e testes pré-transfusionais (tipagem sanguínea, Coombs indireto e prova cruzada);
- l) Elevar os membros inferiores da puérpera em 45 graus (Trendelenburg);
- m) Instalar oxigênio a 8-10 litros/min em máscara facial ou cateter nasal;
- n) Realizar cateterismo vesical demora para esvaziamento da bexiga e cálculo do balanço hídrico;
- o) Auxiliar na aplicação e remoção do traje antichoque não pneumático, se disponível no serviço;
- p) Coletar gasometria em casos graves;
- q) Acionar banco de sangue e encaminhar solicitação de reserva de hemoderivados ou solicitação de transfusão;
- r) Realizar infusão de hemocomponentes, conforme necessário;
- s) Acionar o centro obstétrico em caso de abordagem cirúrgica;
- t) Acionar a unidade de terapia intensiva, conforme a gravidade do caso;
- u) Repor materiais e medicações do kit de hemorragia a cada uso, mantendo-o organizado e lacrado, em local de fácil acesso;

#### 4.2 Enfermeiros obstetras

- a) Estratificar o risco para Hemorragia Pós-Parto (HPP) e identificar a paciente com pulseira de classificação própria, quando admitida na maternidade;
- b) Revisar a estratificação de risco para hemorragia pós-parto quando iniciar o trabalho de parto;
- c) Prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distocia), atentando para a aplicação das medidas de manejo ativo do terceiro período;
- d) Realizar massagem uterina gentil a cada 15 minutos nas primeiras duas horas pós-parto, imediatamente após a saída da placenta;
- e) Avaliar a perda sanguínea vaginal pós-parto através da estimativa visual, contagem de compressas ou dispositivos coletores;
- f) Verificar sinais clínicos (PA, FC, saturação de O<sub>2</sub>, nível de consciência, sangramento vaginal, entre outros) e índice de choque;
- g) Orientar puérpera e acompanhante sobre os sinais e sintomas de alerta para Hemorragia Pós-Parto (HPP) e solicitar ajuda profissional, sempre que necessário;
- h) Solicitar avaliação imediata da equipe médica diante de um quadro de Hemorragia Pós-Parto (HPP);

- i) Esclarecer à puérpera e acompanhante sobre a situação e os procedimentos a serem realizados;
- j) Identificar o quadro de hemorragia pós-parto e buscar a causa específica (4T's);
- k) Suturar lacerações de primeiro e segundo grau, mediante sangramento ativo;
- l) Revisar cuidadosamente a cavidade uterina e remover produtos retidos (contraindicado em casos suspeitos de acretismo placentário), mediante sangramento ativo;
- m) Providenciar dois acessos venosos periféricos (Jelco 14G ou 16G, preferencialmente);
- n) Administrar cristaloides aquecidos e medicações necessárias;
- o) Coletar amostras de sangue para exames laboratoriais e testes pré-transfusionais (tipagem sanguínea, Coombs indireto e prova cruzada);
- p) Elevar os membros inferiores da puérpera em 45 graus (Trendelemburg);
- q) Instalar oxigênio a 8-10 litros/min em máscara facial ou cateter nasal;
- r) Realizar cateterismo vesical demora para esvaziamento da bexiga e cálculo do balanço hídrico;
- s) Confeccionar o balão de tamponamento intrauterino artesanal, na ausência do balão industrializado, e realizar a inserção dele, mediante hemorragia por atonia uterina;
- t) Aplicar e remover o traje antichoque não pneumático, caso disponível no serviço;
- u) Coletar gasometria em casos graves;
- v) Acionar banco de sangue e encaminhar solicitação de reserva de hemoderivados ou solicitação de transfusão;
- w) Realizar infusão de hemocomponentes, conforme necessário;
- x) Acionar o centro obstétrico em caso de abordagem cirúrgica;
- y) Acionar a unidade de terapia intensiva, conforme a gravidade do caso;
- z) Repor materiais e medicações do kit de hemorragia a cada uso, mantendo-o organizado e lacrado, em local de fácil acesso;
- aa) Estabelecer cronograma de capacitações internas periódicas, junto à equipe multidisciplinar;
- bb) Estruturar e executar simulações realísticas periodicamente, junto à equipe multidisciplinar;
- cc) Revisar com a equipe multidisciplinar os episódios de hemorragia pós-parto que ocorrerem na instituição, a fim de discutir as condutas tomadas e refletir como aperfeiçoar a assistência.

#### 4.4 Auxiliares / técnicos de enfermagem

- a) Verificar sinais vitais e comunicar alterações à equipe (FC, temperatura e PA de 15'/15' min na primeira hora pós-parto);
- b) Orientar puérpera e acompanhante sobre os sintomas de alerta para Hemorragia Pós-Parto (HPP) e solicitar ajuda profissional, sempre que necessário;
- c) Solicitar avaliação imediata da equipe médica diante de um quadro de Hemorragia Pós-Parto (HPP);
- d) Explicar à puérpera e ao acompanhante os procedimentos a serem realizados;
- e) Disponibilizar os materiais e medicamentos solicitados pelo médico e enfermeiro durante a assistência a puérpera;
- f) Providenciar dois acessos venosos periféricos (Jelco 14G ou 16G, preferencialmente);



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. ALBERTO ANTUNES  
HUPAA-UFAL

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

- g) Coletar amostras de sangue para exames laboratoriais e testes pré-transfusionais (tipagem sanguínea, Coombs indireto e prova cruzada);
- h) Administrar cristaloides aquecidos e medicações necessárias;
- i) Cobrir a puérpera com manta térmica ou cobertores;
- j) Elevar os membros inferiores da puérpera em 45 graus (Trendelenburg);
- k) Auxiliar o enfermeiro na realização do cateterismo vesical demora;
- l) Registrar balanço hídrico;
- m) Realizar infusão de hemocomponentes, conforme necessário;
- n) Auxiliar durante a inserção do balão de tamponamento intrauterino;
- o) Auxiliar na aplicação e remoção do traje antichoque não pneumático, se disponível no serviço;
- p) Realizar preparo pré-operatório em caso de abordagem cirúrgica;

## 5 HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

### 5.1 Definição

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma emergência obstétrica caracterizada por:

- a) Perda sanguínea acima de 500 ml após o parto vaginal;
- b) Perda sanguínea superior a 1000 ml após o parto cesárea;
- c) Qualquer perda sanguínea capaz de causar instabilidade hemodinâmica, independente da via de parto.

### 5.2 Classificação

**Em relação ao tempo de ocorrência:**

a) **Primária ou Precoce:** Até 24h após o parto. Pode complicar 5 a 10% dos partos, tendo como principais causas: atonia uterina, acretismo placentário ou restos intracavitários, inversão uterina, lacerações e hematomas no trajeto do canal de parto e distúrbios da coagulação.

b) **Secundária ou Tardia:** De 24h até 6 semanas após o parto. É mais rara e possui causas específicas: infecção puerperal, doença trofoblástica gestacional, retenção de tecidos placentários e distúrbios hereditários de coagulação.

c) **Em relação ao volume de perda sanguínea:**

**Menor:** 500 a 1000 ml.

**Maior:** mais que 1000 ml.

**Maciça ou grave:** mais que 2000 ml ou que necessite de transfusão mínima de 05 ou mais unidades de concentrados de hemácias ou resulte na queda de hemoglobina em mais de 04 g/dl ou em distúrbio da coagulação.

### 5.3 Manifestações Clínicas

Presença de sangramento transvaginal profuso associado a um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: diaforese, hipotensão, hipóxia, oligúria, síncope, palidez, taquicardia, dor torácica, confusão, tontura, dispneia, palpitações, náuseas e vômitos, agitação e fraqueza.

É primordial fazer a avaliação dos sinais e sintomas da paciente e determinar o índice de choque e o grau de choque. Apesar de os parâmetros clínicos serem marcadores diagnósticos tardios (as puérperas híginas manifestam os primeiros sinais de choque hipovolêmico somente após perdas volêmicas superiores a 20%), eles são especialmente importantes na determinação da gravidade do quadro, na avaliação do tratamento instituído e na indicação de terapêutica adicional.

### 5.4 Exame físico

A realização do exame físico é uma etapa crucial no manejo da Hemorragia Pós-Parto (HPP) porque é através dele que serão identificadas a (s) causa (s) da hemorragia (tônus, trauma, tecido ou trombina). Deve ser feito o exame físico geral e ginecológico, ressaltando os seguintes aspectos:

- a. **Ectoscopia:** avaliar o estado geral da paciente, o nível de consciência, a coloração da pele e das mucosas, a hidratação, a sudorese e o Glasgow.
- b. **Abdome:** na palpação - determinar o tônus uterino (se hipotônico ou formação do globo de Pinard), a involução do útero (se acima ou abaixo da cicatriz umbilical), a presença de dor (se palpação superficial e/ou profunda) e a consistência do abdome (se flácido ou rígido); na inspeção - avaliar a presença de hematomas na parede abdominal, observar se há sangramento ativo pela ferida operatória (nos casos de parto cesariano) e atentar para os sinais de rotura uterina.
- c. **Sistema genital:** averiguar a ocorrência de lacerações no canal de parto (períneo, grandes e pequenos lábios, parede vaginal e colo do útero) por meio do toque ou uso de espéculo, se há presença de inversão uterina ou solução de continuidade no segmento inferior do útero (especialmente nas pacientes com cesariana prévia que evoluíram para o parto normal), se a placenta teve dequitação fisiológica completa ou se houve complicações (aumento do tempo de dequitação, rompimento do cordão, placenta aderida e sem plano de clivagem, placenta que saiu incompleta), se existe de hematomas ou coágulos no canal vaginal e se houve lesão anal (sempre realizar o toque retal nos casos suspeitos ou confirmados de lacerações de 3º e 4º graus).
- d. **Sistema urinário:** atentar para lacerações na topografia da bexiga, independente da via de parto, e avaliar a quantidade e a coloração da diurese.
- e. **Sinais vitais:** avaliar a frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura axilar, saturação, glicemia e frequência respiratória.

## 6 EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

O diagnóstico da hemorragia pós-parto é clínico, realizado pela quantificação do sangramento e pelos parâmetros clínicos da paciente, conforme a tabela abaixo:



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. ALBERTO ANTUNES  
HUPAA-UFAL

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Quadro 1 – Métodos para estimativa de perda sanguínea

<b>Métodos para estimativa da perda sanguínea</b>	
<b>Critérios</b>	<b>Características</b>
<b>Estimativa visual</b>	<p>Avalia a perda sanguínea pela quantidade de compressas usadas e o quão sujas estão e pela quantidade de sangue nos lençóis ou no chão.</p> <p>Medida do diâmetro da poça de sangue sobre o lençol e o equivalente em perda sanguínea (ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 cm: 500 ml</li> <li>• 75 cm: 1000 ml</li> <li>• 100 cm: 1500 ml</li> <li>• Sangue fluindo para o chão: excede 1000 ml</li> </ul> <p>Observação da quantidade de sangue nas compressas e o equivalente em perda sanguínea (ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% de sujidade: 25 ml</li> <li>• 75% de sujidade: 50 ml</li> <li>• 100% de sujidade: 75 ml</li> <li>• Compressa pingando: 100 ml</li> </ul>
<b>Pesagem de compressas</b>	Consiste em pesar as compressas secas e, em seguida, as compressas com sangue. Considerar que 1g de peso equivale a 1 ml de sangue. Volume de sangue perdido = peso das compressas sujas de sangue – peso das compressas secas.
<b>Dispositivos coletores</b>	Abrange a quantidade de sangue coletada em dispositivos acoplados na maca, logo após o parto.
<b>Métodos clínicos</b>	<p>Consiste na avaliação dos sinais e sintomas da paciente, o que inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de choque (<math>IC = FC / PAS</math>) – é um marcador mais precoce que os parâmetros clínicos isolados. <math>\geq 0,9</math>: risco de transfusão, <math>\geq 1,4</math> necessidade de terapêutica agressiva com urgência e <math>\geq 1,7</math> alto risco de resultado materno adverso.</li> <li>• Grau de choque (vide abaixo).</li> </ul>

Fonte: Organização Pan Americana de Saúde (2018)

**Quadro 2 – Grau de choque hipovolêmico**

Grau de choque hipovolêmico*							
Perda sanguínea	Nível de consciência	Perfusão	Pulso	PAS (mmHg)	IC	Grau do choque	Transfusão
10-15% 500-1000 ml	Normal	Normal	60-90	> 90	0,7-1	Compensado	Usualmente não
16-25% 1000-1500 ml	Normal ou agitada	Palidez, fria	91-100	80-90	1-1,3	Leve	Possível
26-35% 1500-2000 ml	Agitada	Palidez, fria e sudorese	101-120	70-79	1,3-1,7	Moderado	Usualmente exigida
> 35% > 2000 ml	Letárgica ou inconsciente	Palidez, frieza, sudorese e perfusão capilar > 3 segundos	> 120	< 70	≥ 1,7	Grave	Possível transfusão maciça

Fonte: Organização Pan Americana de Saúde (2018)

\* O pior parâmetro (o mais alterado) é o que determinará a gravidade do choque hipovolêmico. Exemplo: se FC > 120, a paciente será classificada com choque hipovolêmico grave, independentemente dos outros parâmetros.

**Quadro 3 – Índica de Choque**

Índice de choque (IC): Frequência cardíaca (FC) / Pressão Arterial Sistólica (PAS)		
Valor IC	Interpretação	Considerar na HPP
≥ 0,9	Risco de transfusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemotransfusão</li> </ul>
≥ 1,4	Necessidade de terapêutica agressiva com urgência	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abordagem agressiva e imediata</li> <li>Abrir protocolo de transfusão maciça</li> </ul>
≥ 1,7	Alto risco de resultado materno adverso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abordagem agressiva e imediata</li> <li>Abrir protocolo de transfusão maciça</li> <li>Comunicar UTI</li> </ul>

Fonte: Organização Pan Americana de Saúde (2018)

Quanto aos exames complementares:

Exames laboratoriais:

- a) Hemograma;
- b) Coagulograma (TAP, TTPA e fibrinogênio);
- c) Testes pré-transfusionais (tipagem sanguínea, Combs indireto), realizados na solicitação da reserva do hemocomponente;

Devem ser solicitados logo quando se identifica a hemorragia. Não são necessários para o diagnóstico (exceto nos casos de hemorragia por coagulopatia), mas são fundamentais no tratamento e monitoramento da paciente. Posteriormente, podem ser solicitados eletrólitos, gasometria arterial, função renal, função hepática e proteína C reativa para avaliação. Exames de imagem não são feitos com frequência, mas podem ser requeridos US transvaginal ou pélvica, TC



de abdome ou RNM de pelve, a depender do quadro clínico e da necessidade, principalmente nos casos de Hemorragia Pós-Parto (HPP) tardia, mediante controle do sangramento e estabilidade hemodinâmica.

## 7 PREVENÇÃO

### 7.1 Identificação dos fatores de risco

A Hemorragia Pós-Parto (HPP) não requer, obrigatoriamente, a presença de fatores de risco para a sua ocorrência. Até 22% das pacientes que evoluem com sangramento excessivo após o parto não possuem fatores de risco. Contudo, reconhecer esses agentes durante o internamento é o primeiro passo para identificar precocemente a hemorragia e ter uma atuação rápida frente a essa emergência obstétrica. Os fatores de risco são classificados:

#### a. Quanto à ocorrência do parto

**Quadro 4** – Fatores de Risco quanto à ocorrência do parto

Anteparto	Intraparto
<ul style="list-style-type: none"> <li>• História prévia de HPP (estimativa de 10% de recorrência em partos subsequentes);</li> <li>• Nuliparidade;</li> <li>• Grande multiparidade (mais que 05 partos anteriores, independente da via, ou mais que 04 partos vaginais ou mais que 03 partos cesarianas);</li> <li>• Coagulopatias (congenita ou adquirida, incluindo o uso de medicamentos como o AAS e a heparina);</li> <li>• Cesárea prévia com placenta anterior (risco de acretismo);</li> <li>• Placentação anormal (acretismo placentário ou placenta prévia);</li> <li>• Idade &gt; 30 anos, principalmente se o primeiro filho for após os 40 anos;</li> <li>• Anemia prévia;</li> <li>• Elevação dos níveis pressóricos na gestação;</li> <li>• Sobredistensão do útero (como nos casos de polidrâmnio, gestação múltipla, feto GIG ou macrosomia fetal);</li> <li>• Obesidade materna (IMC &gt; 35kg/m<sup>2</sup>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalho de parto prolongado (principalmente no segundo ou terceiro período, mais que 12 horas);</li> <li>• Trabalho de parto taquitócito;</li> <li>• Parto instrumentalizado;</li> <li>• Lacerações e hematomas vaginais, principalmente se lacerações extensas de 3º e 4º grau;</li> <li>• Prolongamento de episiotomia;</li> <li>• Síndromes hipertensivas e doenças relacionadas;</li> <li>• Óbito fetal;</li> <li>• Descolamento prematuro da placenta;</li> <li>• Indução de trabalho de parto;</li> <li>• Placentação anormal (acretismo placentário ou placenta prévia);</li> <li>• Descolamento prematuro de placenta;</li> <li>• Atonia uterina;</li> <li>• Uso de sulfato de magnésio;</li> <li>• Corioamnionite;</li> <li>• Parto cesariana;</li> <li>• Parada de progressão do polo cefálico;</li> <li>• Anemia por desidratação;</li> <li>• Dequitação placentária prolongada.</li> </ul>

Fonte: Organização Pan Americana de Saúde (2018)

b. Quanto à gravidade do risco

**Quadro 5** – Fatores de risco quanto à gravidade do risco

Baixo risco	Médio risco	Alto risco
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de cicatriz uterina prévia;</li> <li>• Gravidez única;</li> <li>• Menos de 03 partos vaginais anteriores;</li> <li>• Ausência de distúrbios da coagulação;</li> <li>• Sem história prévia de HPP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesariana ou cirurgia uterina prévia;</li> <li>• Pré-eclâmpsia leve;</li> <li>• Hipertensão gestacional;</li> <li>• Sobredistensão uterina (o que inclui gemelaridade, polidramnia, feto GIG ou macrossomia fetal);</li> <li>• Mais de 04 partos vaginais anteriores;</li> <li>• Corioamnionite;</li> <li>• História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica;</li> <li>• Obesidade materna (IMC &gt; 35kg/m<sup>2</sup>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placenta prévia ou de inserção baixa;</li> <li>• Pré-eclâmpsia grave;</li> <li>• Hemoglobina &lt; 10mg/dl e fatores de risco;</li> <li>• Plaquetas &lt; 100.000 / mm<sup>3</sup>;</li> <li>• Fibrinogênio &lt; 200UI</li> <li>• Sangramento ativo na admissão;</li> <li>• Coagulopatias;</li> <li>• Uso de coagulantes;</li> <li>• Descolamento prematuro de placenta;</li> <li>• Placentação anômala;</li> <li>• Presença de 2 ou mais fatores de médio risco.</li> </ul>

Fonte: Organização Pan Americana de Saúde (2018)

c. Manejo ativo do 3º período do parto

**Quadro 6** – Manejo ativo do 3º período do parto

Medidas de prevenção	Características
<b>Uso universal da ocitocina após o parto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logo após o desprendimento dos ombros, em todos os partos;</li> </ul>
<b>Clampeamento oportuno do cordão umbilical</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar o clampeamento após o 1º minuto de vida (de 1 a 3 minutos), se as condições do RN permitirem;</li> </ul>
<b>Tração controlada do cordão umbilical</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associar a tração do cordão à manobra de Brandt-Andrews;</li> </ul>
<b>Vigilância e massagem uterina após a dequitação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massagem gentil a cada 15 minutos nas primeiras 1-2h após a retirada da placenta;</li> <li>• Vigilância do sangramento nas primeiras 1-2h;</li> </ul>
<b>Contato pele a pele mãe-filho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve ser feito tão logo possível, por pelo menos 1 hora;</li> </ul>
<b>Outras medidas de prevenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso racional da ocitocina no trabalho de parto;</li> <li>• Não realizar episiotomia de modo rotineiro;</li> <li>• Não realizar manobra de Kristeller;</li> <li>• Estimular presença de acompanhante para detectar sinais de alerta;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nas pacientes de alto risco para HPP: realizar acesso venoso periférico calibroso (Jelco 16), solicitar tipagem sanguínea + hemograma e solicitar reserva de sangue (2 CH).</li> </ul>
--	---

Fonte: Organização Pan Americana de Saúde (2018)

#### d. Conduas preventivas baseadas na estratificação do risco

**Quadro 7** – Conduas preventivas baseadas na estratificação do risco

Baixo risco	Médio risco	Alto risco
Manejo ativo do 3º período	Manejo ativo do 3º período	Manejo ativo do 3º período
Observação rigorosa por 1 a 2h	Observação rigorosa por 1 a 2h em local adequado*	Observação rigorosa por 1 a 2h em local adequado*
Estimular presença de acompanhante para detectar sinais de alerta	Estimular presença de acompanhante para detectar sinais de alerta	Estimular presença de acompanhante para detectar sinais de alerta
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificação</li> <li>Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16)</li> <li>Solicitar tipagem sanguínea e hemograma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificação</li> <li>Acesso venoso periférico (Jelco 16)</li> <li>Solicitar tipagem sanguínea, hemograma e prova cruzada</li> <li>Solicitar reserva de sangue (02 CH)</li> </ul>

Fonte: Organização Pan Americana de Saúde (2018)

\* **São considerados locais adequados:** sala de recuperação anestésica, leitos de pré-parto, sala de pré-parto, parto e pós-parto (PPP) e leito de cuidados intermediários. Evitar locais onde não há possibilidade de monitoramento rigoroso. Não encaminhar para enfermarias ou quartos que oferecem apenas vigilância de risco habitual.

## 7.2 Profilaxia medicamentosa

Deve ser feita imediatamente após o parto. Pode ser realizada com ocitocina (1ª escolha) ou com misoprostol. Ao optar pela ocitocina, definir a via de aplicação, se intramuscular ou endovenosa, conforme os esquemas abaixo:



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. ALBERTO ANTUNES  
HUPAA-UFAL

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Quadro 8 – Profilaxia medicamentosa

Profilaxia medicamentosa com ocitocina após o parto	
Intramuscular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 UI IM dose única</li> </ul>
Endovenosa	<p><b>Opção 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 UI EV bolus em 10 segundos, seguida por 9 UI diluídas em 250 ml de SF 0,9%, correr em até 10 minutos.</li> <li>• Em caso de tônus uterino inadequado, administrar bolus de 1-3 UI de ocitocina, sempre respeitando a relação de 1 UI a cada 10 segundos.</li> </ul> <p>Obs.: os esquemas profiláticos endovenosos de ocitocina exigem dose de manutenção em BIC, devendo ser feito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 UI de ocitocina diluídas em 500 ml de RL, correr em 4 horas.</li> <li>• Nos casos de sobredistensão uterina: 15 UI de ocitocina diluídas em 500 ml de RL, correr em 4 horas.</li> </ul> <p><b>Opção 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 UI de ocitocina em infusão lenta por 3 minutos, seguido da dose de manutenção (20 UI de ocitocina diluídas em 500 ml de SF 0,9% a 125 ml/h por 4 a 12h em BIC);</li> </ul> <p><b>Opção 3 (“Regra dos 3”):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 UI de ocitocina em bolus lento (mínimo de 30 segundos). Após 3 minutos, observar resposta uterina e, em caso de hipotonia/atonia, aplicar mais 3 UI de ocitocina, em bolus lento (mínimo de 30 segundos), e aguardar outros 3 minutos. Se ainda assim a resposta se mantiver inadequada, fazer terceira dose de ocitocina (3 UI em bolus lento). Caso haja resposta positiva (tônus uterino adequado) após qualquer uma das doses de ocitocina, iniciar o esquema de manutenção com infusão de 3 UI ocitocina/hora por 4 horas.</li> <li>• Uma sugestão para a manutenção é a diluição de 15 UI de ocitocina (3 ampolas) em 500 ml de SF 0,9% e infusão a 100ml/h em BIC.</li> <li>• Caso não haja resposta após a terceira dose de ocitocina, é fundamental iniciar o protocolo de abordagem a atonia uterina com a administração imediata de uterotônicos de segunda linha.</li> </ul>
Profilaxia medicamentosa com misoprostol após o parto	

**Misoprostol**

- 600 mcg SL ou 800 mcg retal dose única

Fonte: Protocolos assistenciais: Clínica Obstétrica FMUSP (2021)

## 8 CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Devem ser admitidas todas as puérperas que apresentarem Hemorragia Pós-Parto (HPP) precoce (imediatamente após o parto até 24h) ou tardia (24h após o parto até 6 semanas), com ou sem sinais de instabilidade hemodinâmica, independente se o parto ocorrera na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) ou em outra unidade de saúde, da via de parto (se vaginal – espontâneo ou induzido - ou cesariana) e da classificação da gestação (alto risco ou risco habitual).

## 9 TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

### 9.1 Plano terapêutico

#### a) Quanto às gestantes:

- Identificar os fatores de risco para a Hemorragia Pós-Parto (HPP) no ato do internamento e classificar quanto ao risco (baixo, médio ou alto), anotando em prontuário e comunicando a equipe, para que todos fiquem vigilantes quanto à loquiação após o parto;
- Realizar a assistência ao parto aplicando as medidas preventivas para a Hemorragia Pós-Parto (HPP), o que significa instituir o manejo ativo do 3º período do parto;
- Diagnosticar precocemente as parturientes com sangramento aumentado;
- Estabelecer a terapêutica adequada com base na causa da hemorragia (tônus, trauma, tecido ou trombina);
- Solicitar e interpretar exames laboratoriais (lote de HPP no sistema) e de imagem, conforme a necessidade;
- Realizar transfusão de hemocomponentes, conforme o quadro clínico e exames laboratoriais da paciente;
- Solicitar leito de UTI nos casos de maior gravidade: instabilidade hemodinâmica persistente, com necessidade de drogas vasoativas; coagulopatia grave ou CIVD; sangramento maciço com necessidade de múltiplas transfusões; falência múltipla de órgãos, secundário a complicações obstétricas;
- Vigiar a paciente após resolução do quadro de hemorragia, o que inclui monitorização dos sinais vitais e verificação periódica da loquiação.

#### b) Quanto às puérperas:

- Admitir as puérperas que derem entrada na maternidade com sangramento transvaginal aumentado, com ou sem sinais de instabilidade hemodinâmica.
- Estabelecer a terapêutica adequada com base na causa da hemorragia (tônus, trauma, tecido ou trombina);
- Solicitar e interpretar exames laboratoriais e de imagem, conforme a necessidade;
- Realizar transfusão de hemocomponentes, conforme o quadro clínico e exames laboratoriais da paciente;
- Solicitar leito de UTI nos casos de maior gravidade: instabilidade hemodinâmica persistente, com necessidade de drogas vasoativas; coagulopatia grave ou CIVD; sangramento maciço com necessidade de múltiplas transfusões; falência múltipla de órgãos, secundário a complicações obstétricas;

- Vigiar a paciente após resolução do quadro de hemorragia, o que inclui monitorização dos sinais vitais e verificação periódica da loquiação.

## 9.2 Tratamento

O tratamento da Hemorragia Pós-Parto (HPP) varia conforme a sua causa base (vide fluxogramas).

**Quadro 9 – Causas de Hemorragia pós parto**

<b>Causas de Hemorragia Pós Parto</b>	
<b>Tônus (70%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atonia uterina</li> </ul>
<b>Trauma (19%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lacerações</li> <li>• Hematomas</li> <li>• Inversão uterina</li> <li>• Rotura uterina</li> </ul>
<b>Tecido (10%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retenção de tecido placentário</li> <li>• Coágulos</li> <li>• Acretismo placentário</li> </ul>
<b>Trombina (1%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coagulopatias congênicas ou adquiridas</li> <li>• Uso de anticoagulantes</li> <li>• Síndrome HELLP, CIVD, sepse e embolia amniótica</li> </ul>

Fonte: Organização Pan Americana de Saúde (2018)

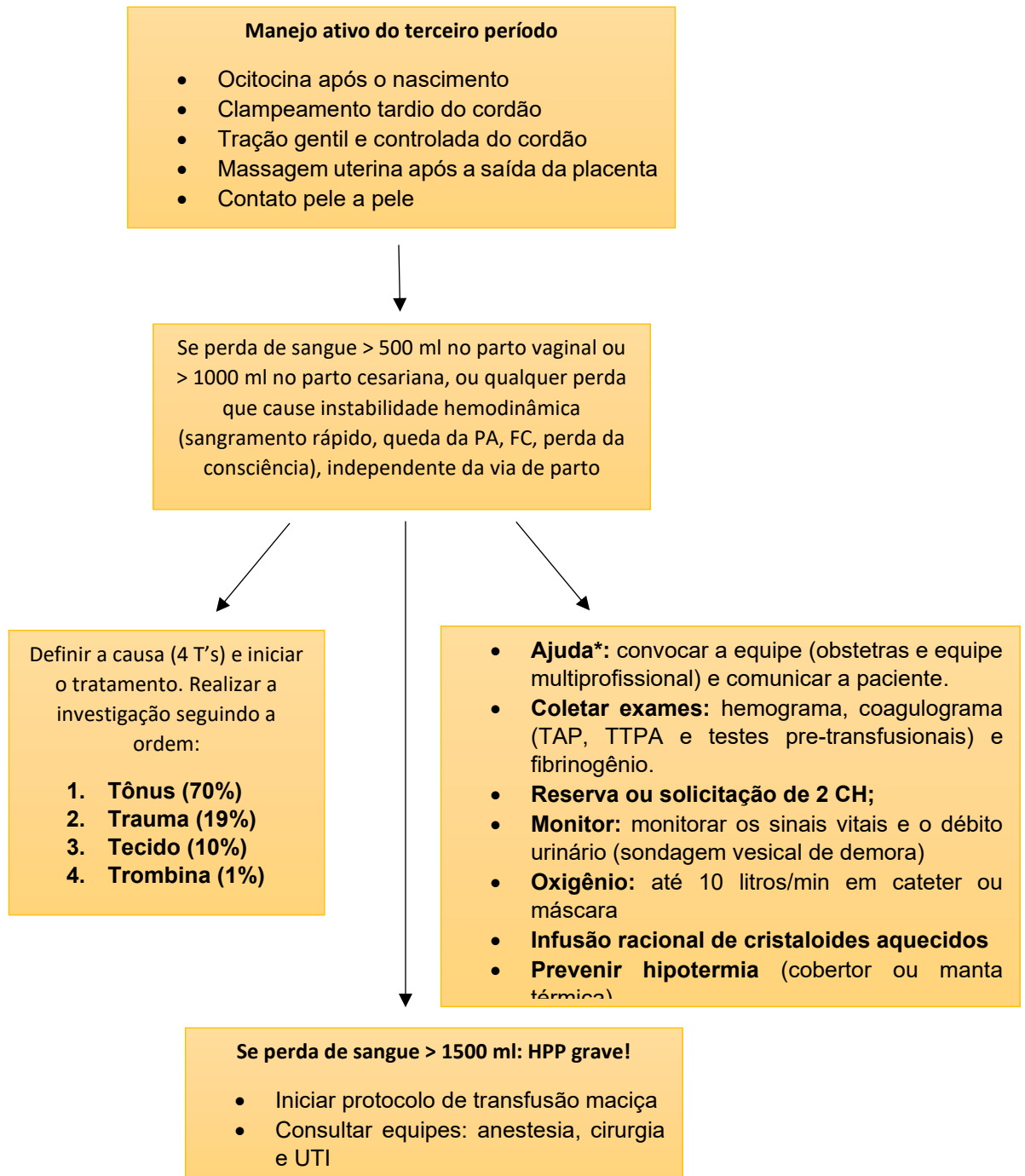
## 10 FLUXO DE PROCESSO



**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. ALBERTO ANTUNES  
HUPAA-UFAL**

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

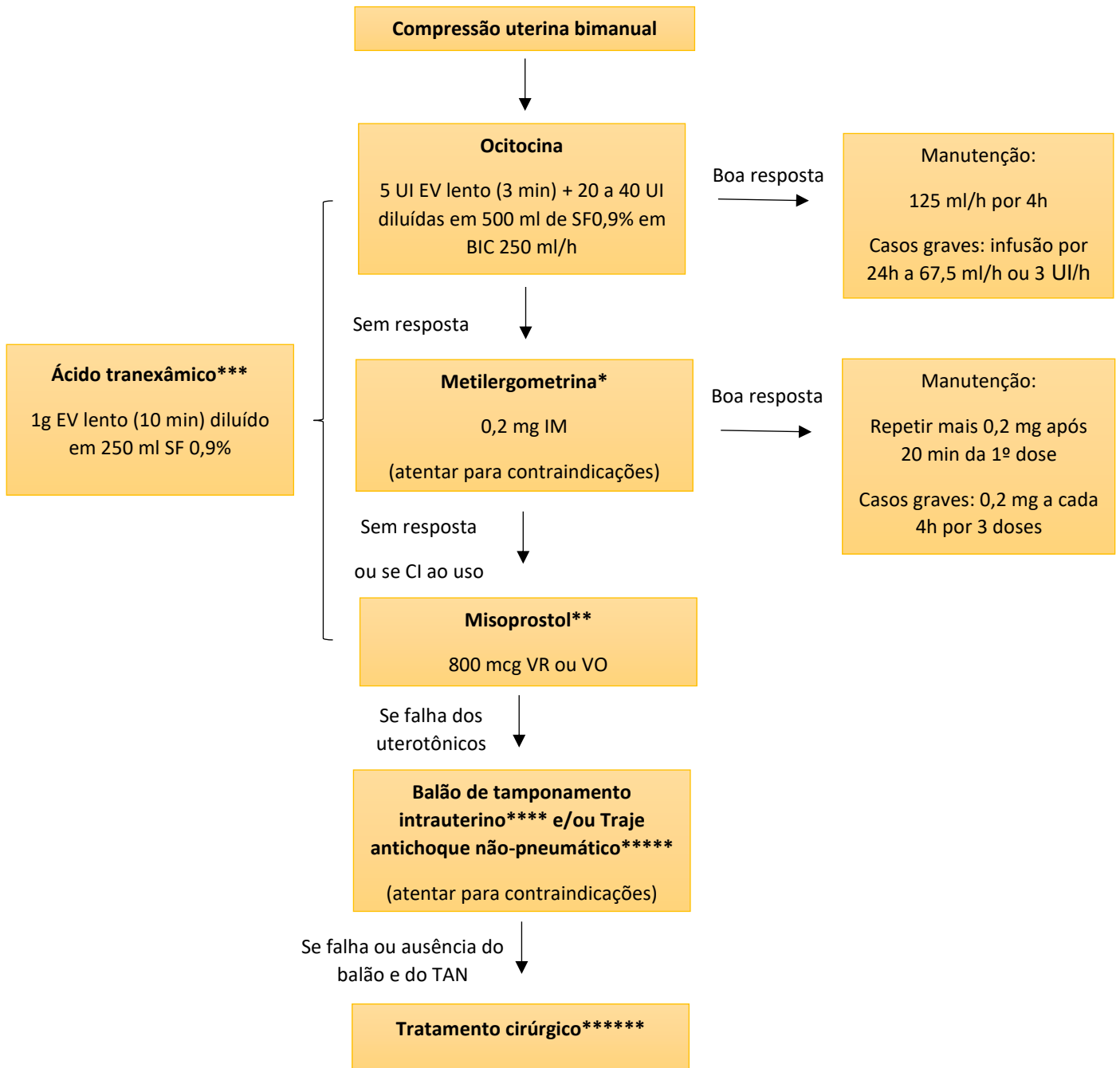
**Figura 1 – Medidas gerais**



Fonte: Protocolos assistenciais: Clínica Obstétrica FMUSP (2021) e adaptado pela autora

\* É necessária comunicação eficaz e clara entre os profissionais. A informação deve ser repetida para o solicitante, para confirmar aquilo que foi pedido e, assim, obter uma checagem dupla.

Figura 2 – Medidas para atonia uterina



Fonte: Protocolos assistenciais: Clínica Obstétrica FMUSP (2021) e adaptado pela autora

\* **Contraindicações ao uso de Metilergometrina:** hipertensão, pré-eclâmpsia, doença vascular oclusiva (inclusive cardiopatia isquêmica), sepse, hipersensibilidade a droga, uso de inibidores de proteases para o HIV.

\*\* **Tempo de latência do Misoprostol:** via retal 15 a 20 min e via oral 7 a 11 min.

\*\*\* **Repetir ácido tranexâmico** em caso de persistência do sangramento 30 min após a 1ª dose ou se reinício do sangramento em até 24h da 1ª dose. É mais eficaz quando administrado nas primeiras 3h do diagnóstico.

\*\*\*\* **Indicações de uso do balão de tamponamento:** sangramento transvaginal volumoso, por atonia uterina, refratário ao tratamento medicamentoso.

\*\*\*\* **Contraindicações ao uso do balão de tamponamento:** neoplasias invasivas ou infecções cervicais, vaginais ou uterinas, sangramentos arteriais que requerem abordagem cirúrgica, coagulopatias (não há evidências que recomendem o uso rotineiro do balão) e anomalias uterinas.

\*\*\*\* **Cuidados com o balão:**

- Tempo de permanência: no máximo 24h;
- Manter o uso de antibioticoterapia (exemplo: cefazolina 1-2g EV de 8/8h) **por 24 horas** e os uterotônicos (exemplo: ocitocina 20 UI em 500 ml de SF 0,9% a 67,5 ml/h por 24h);
- Analgesia adequada;
- Pode ser usado em concomitância ao traje antichoque não pneumático (TAN);
- Encher o balão com líquidos mornos ou pelo menos em temperatura ambiente, evitando líquidos frios ou gelados pelo risco e indução da hipotermia. Também não pode ser introduzido ar, pelo risco de embolia gasosa;
- Monitoramento rigoroso da paciente;
- Respeitar a capacidade volumétrica do balão (500 ml, no caso do Bakri);
- Realizar a retirada gradual: a cada 50 ml, sempre reavaliando o sangramento e sinais vitais. Se não ocorrer sangramento após o esvaziamento completo do balão, encerrar o procedimento. Do contrário, encher o balão novamente e se preparar para a intervenção cirúrgica.

\*\*\*\*\* **Indicações do TAN:** indicado em casos de instabilidade hemodinâmica e/ou sangramentos vultosos com iminência de choque hipovolêmico.

\*\*\*\*\* **Contraindicações ao uso TAN:** doenças cardíacas graves, hipertensão pulmonar, edema agudo de pulmão e lesões supra diafragmáticas.

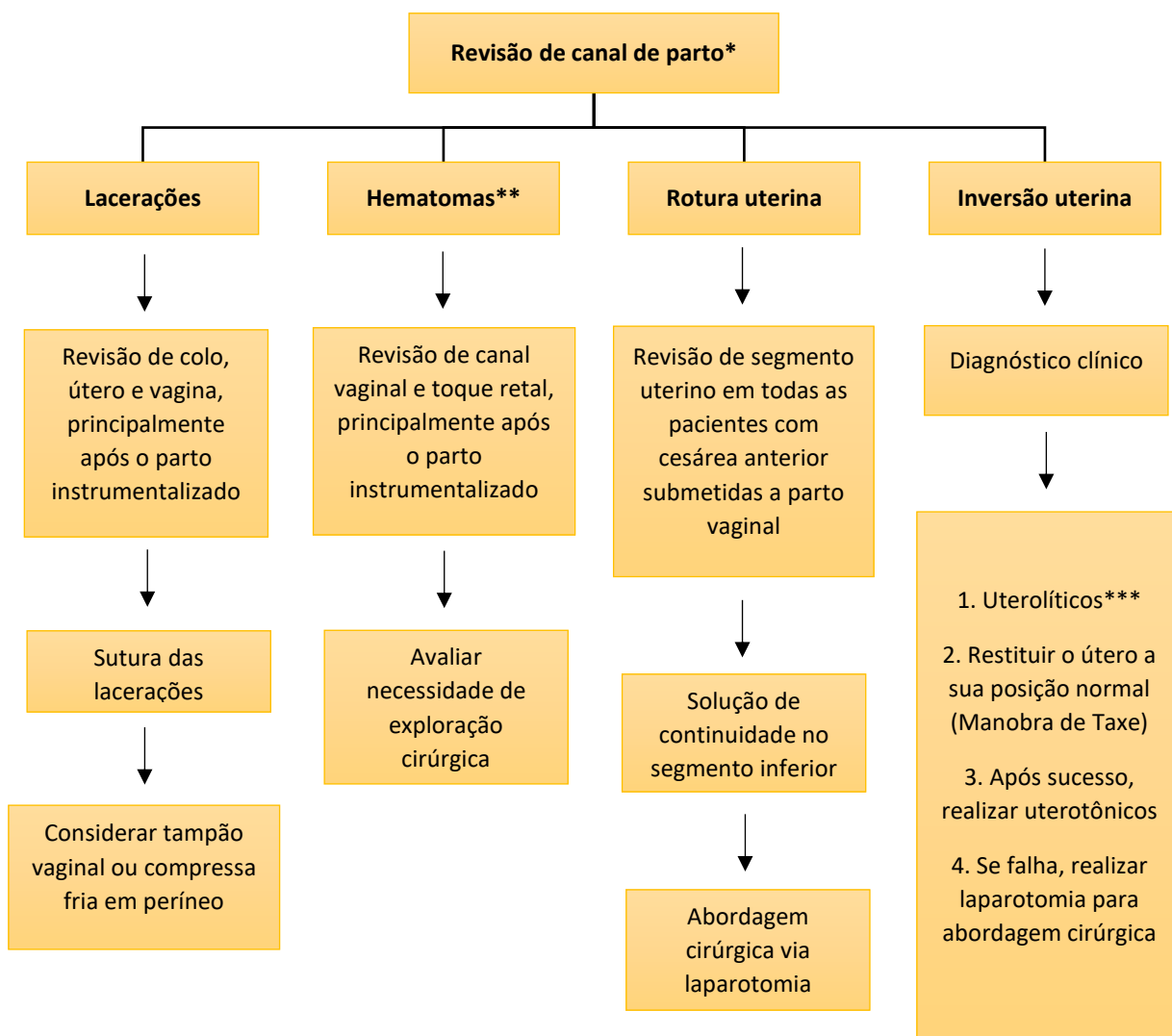
\*\*\*\*\* **Cuidados com o TAN:**

- Pode ser aplicado por 1 ou 2 pessoas. Seguir a ordem correta de vestimenta no sentido do segmento 1 (tornozelos) para o segmento 6 (abdome), aplicando a máxima força/pressão ao apertar os segmentos e sempre conferindo o posicionamento de cada segmento à medida que os aplica;
- Tempo de uso: variável, de 48 a 72h.
- Critérios para remoção: perda sanguínea < 50 ml/h por, no mínimo 2 horas, associado a FC < 100 bpm, PAS > 90-100 mmHg e Hb > 7 g/dl.
- Retirar em local adequado, sempre de forma sequencial, do segmento 1 ao segmento 6, avaliando por 20 min a resposta hemodinâmica da paciente após abertura de cada um dos segmentos. Se houver instabilidade, reposicionar o traje e preparar para a abordagem cirúrgica.

\*\*\*\*\* **Intervenções cirúrgicas:** a escolha e o sucesso da abordagem dependerão da facilidade de execução do procedimento, da familiaridade com o cirurgião com a técnica e da localização do foco de sangramento.

- Opções de suturas compressivas: B-Lynch, Hayman e Cho.
- Opções de ligaduras vasculares: artérias uterinas, ovarianas e ílica interna.
- Histerectomia e/ou Cirurgia para controle de danos (empacotamento aberto ou fechado).

**Figura 3** – Medidas para lacerações, hematoma, inversão uterina e rotura uterina



Fonte: Protocolos assistenciais: Clínica Obstétrica FMUSP (2021) e adaptado pela autora

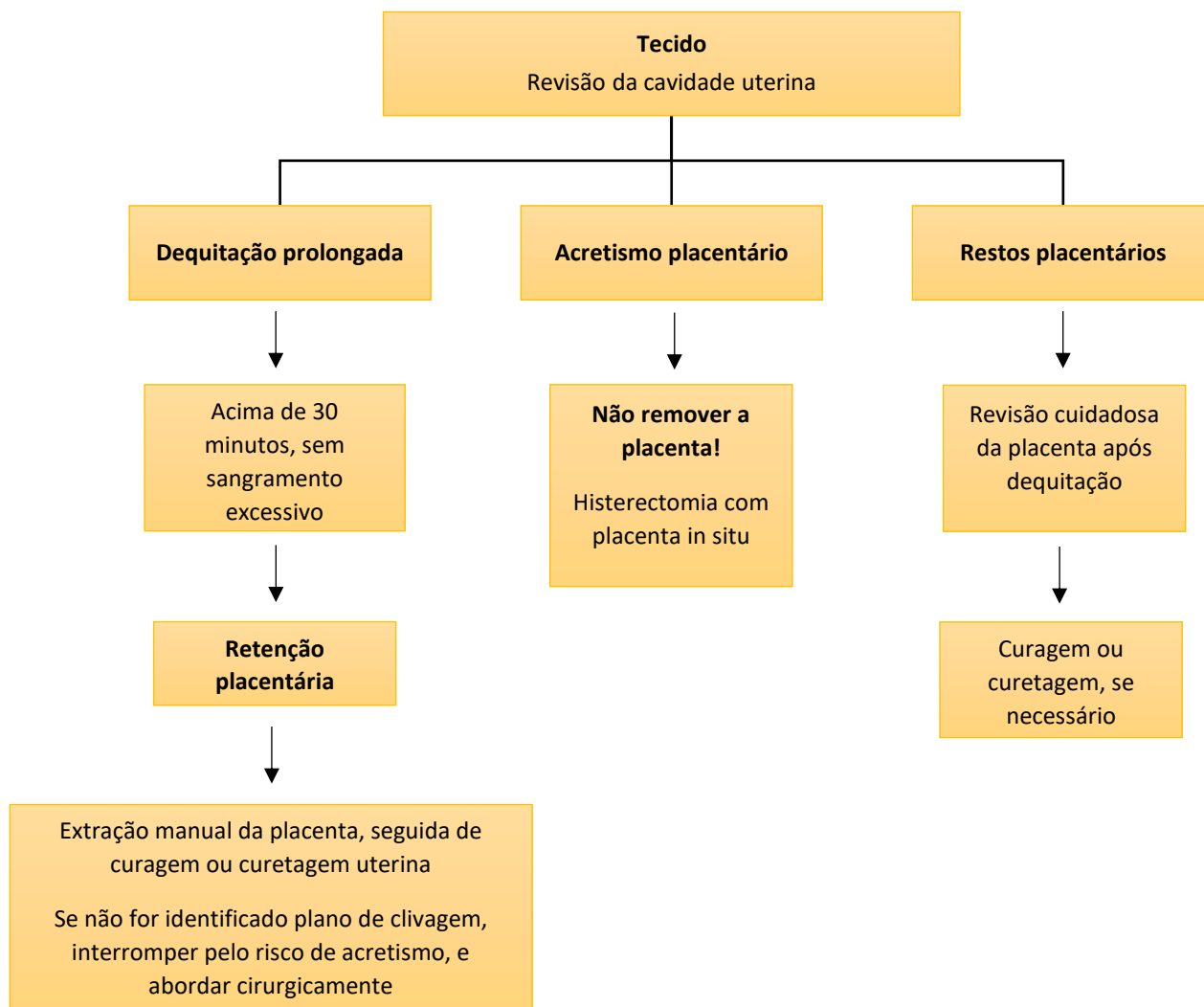
\* **Revisão de canal de parto:** considerar realizar no centro obstétrico, sob anestesia.

\*\* **Hematomas:** hematomas pequenos (< 4 cm) – bolsas de gelo, analgesia e observação; hematomas grandes – considerar embolização arterial seletiva, incisão e evacuação do coágulo. Após esvaziamento do hematoma, irrigar a área e ligar vasos sangrantes, se necessário. Caso um vaso específico não seja identificado, realizar sutura em forma de 8. Realizar a síntese da parede por camadas, para diminuir o espaço morto.

\*\*\* **Opções de Uterolíticos:**

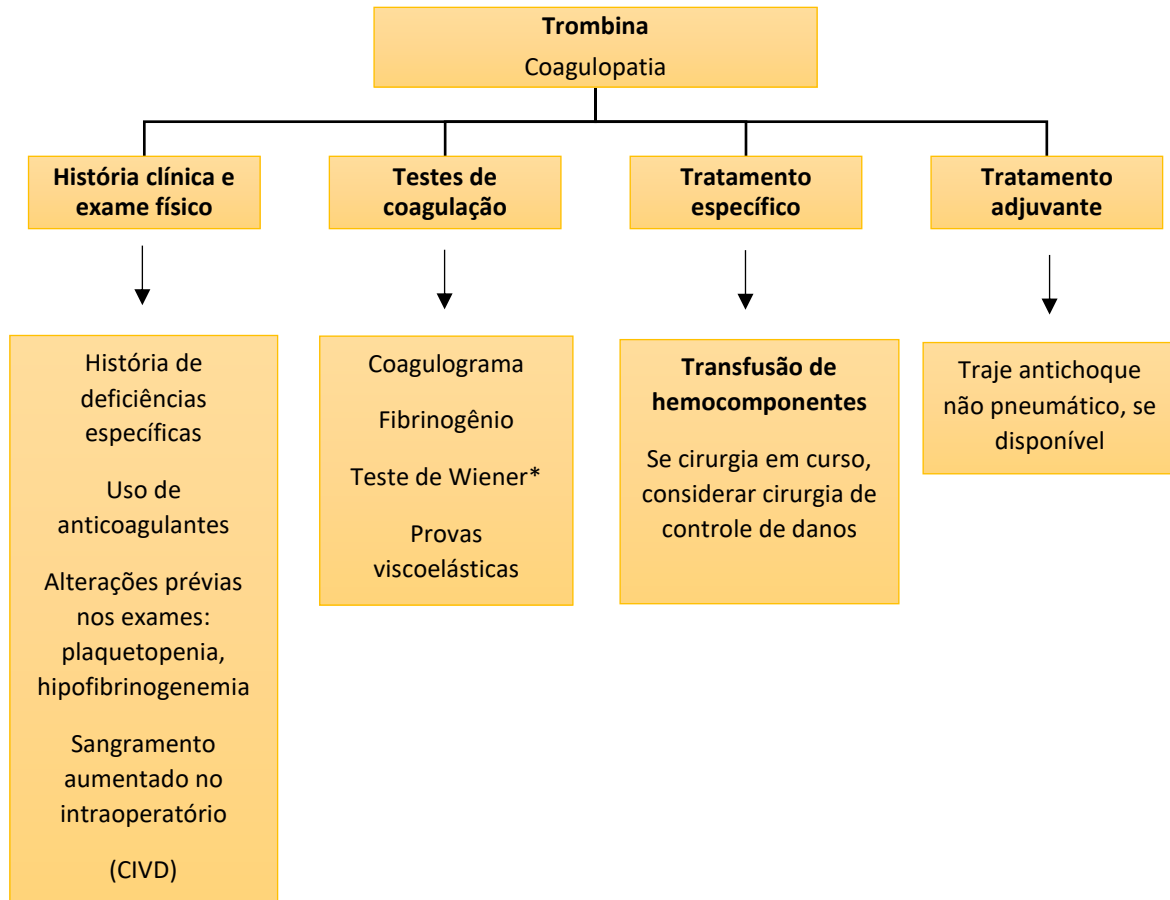
1. Terbutalina 0,5 mg por via subcutânea;
2. Nitroglicerina endovenosa 50 a 500 mg, com até 3 repetições de 25 a 250 mg;
3. Anestesia geral com halogenados.

Figura 4 – Medidas para retenção de tecido placentário, coágulos, acretismo.



Fonte: Protocolos assistenciais: Clínica Obstétrica FMUSP (2021) e adaptado pela autora

Figura 5 – Medidas para coagulopatias



Fonte: Protocolos assistenciais: Clínica Obstétrica FMUSP (2021) e adaptado pela autora

\* **Teste de Wiener:** consiste em retirar 5 ml de sangue da paciente e colocar em um tubo de ensaio. O sangue deve coagular em 8 a 10 minutos e o coágulo permanece intacto.

Nos casos de hemorragia causada por coagulopatia, secundária à síndrome HELLP, embolia e/ou sepse, deve ser estabelecido a terapêutica própria de cada patologia, associado às medidas para controle do sangramento. Por exemplo, uso de sulfato de magnésio nos casos de síndrome HELLP com sinais e/ou sintomas de iminência de eclâmpsia e prescrição de antibioticoterapia de amplo espectro na vigência de sepse.

## 11 CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

A terapêutica da Hemorragia Pós-Parto (HPP) é estabelecida conforme a causa base, que pode ser única ou associada (duas ou mais). Na vigência de falha terapêutica com as primeiras medidas instituídas, deve ser feita revisão do estado geral da paciente e novo exame físico, a fim de

identificar o motivo da persistência do sangramento e instituir as medidas necessárias para controle do sangramento. Nesse contexto, é importante salientar o princípio da “Hora de Ouro”, que consiste no controle do sítio de sangramento, sempre que possível, dentro da primeira hora a partir do seu diagnóstico; ou pelo menos estar em fase avançada do tratamento ao final desse período, o que requer intervenção precoce, agressiva e oportuna, sem atrasos.

## 12 RESSUCITAÇÃO HEMOSTÁTICA

Deve ser estabelecida nos casos graves de Hemorragia Pós-Parto (HPP), considerando a estimativa da perda sanguínea e os parâmetros clínicos e laboratoriais da paciente.

**Quadro 10** – Ressuscitação hemostática

Ressuscitação hemostática	
Componentes	Características
<b>Infusão de cristaloides</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve ser feita de forma racional, sempre avaliando o estado hemodinâmico da paciente a cada 250-500 ml de cristaloides infundido. Risco de coagulopatia dilucional.</li> <li>• Pacientes com quadros graves de hemorragia, que já receberam mais de 1500 ml de líquido e não apresentaram reposta adequada e sustentada, são candidatas à terapia transfusional.</li> <li>• De preferência, os cristaloides a serem infundidos (plasma lyte ringer lactato) devem estar aquecidos para se evitar a hipotermia.</li> </ul>
<b>Transfusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar, conforme necessidade, na seguinte proporção: 05 UI concentrado de hemácias + 05 bolsas de plasma fresco congelado + 08 a 10 UI (média de 1 a cada 10kg) de crioprecipitado se fibrinogênio menor que 200 + 07 unidades de plaquetas ou 1 aférese. Pode também ser seguido a proporção sugerida pelo protocolo institucional de transfusão maciça.</li> </ul>
Metas transfusionais	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemoglobina &gt; 8 g/dl e/ou hematócrito 21 a 24%</li> <li>• Plaquetas &gt; 50.000</li> <li>• TAP &lt; 1,5 x o controle e TTPA &lt; 1,5-1,7 x o controle</li> <li>• Fibrinogênio &gt; 200 mg/dl</li> </ul>	

Fonte: Protocolos assistenciais: Clínica Obstétrica FMUSP (2021) e adaptado pela autora

## 13 CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

Após resolução do quadro de hemorragia, a paciente deve permanecer em vigilância por, pelo menos, 24 horas. Além disso, exames laboratoriais devem ser avaliados e a correção de

distúrbios deve ser realizada, sejam eles distúrbios hidroeletrólíticos, ácido-base ou anemia. Se necessário, solicitar a transfusão de concentrados de hemácias ou aplicação do protocolo de transfusão maciça. Mediante resolução do quadro, exames laboratoriais sem alterações e paciente em bom estado geral, na ausência de outras comorbidades ou patologias que contraindicam a alta, a mesma pode receber alta hospitalar e ser encaminhada ao ambulatório de puerpério para seguimento.

## 14 MONITORAMENTO

### 14.1 Indicadores de frequência

- a) Número de pacientes com Hemorragia Pós-Parto (HPP) no mês/ano;

### 14.2. Indicadores de qualidade assistencial

- a) Tempo do início da hemorragia até o diagnóstico;
- b) Tempo do diagnóstico da hemorragia até o início do tratamento (princípio da “Hora de Ouro”);
- c) Número de casos identificados precocemente pela avaliação dos fatores de risco no momento da admissão e pela quantificação do sangramento após cada parto;
- d) Análise das medidas terapêuticas instituídas em cada caso, desde medicações utilizadas, se houve inserção do balão de tamponamento ou do traje antichoque, e se foram necessárias intervenções cirúrgicas;
- e) Número de pacientes que necessitaram de transfusão sanguínea.

### 14.3. Indicadores de desfecho materno

- a. Número de casos com desfecho positivo, apresentando resolução rápida e eficaz do quadro de hemorragia;
- b. Número de casos com potencial efeito adverso “near miss”;
- c. Número de casos que apresentaram desfecho negativo, ocasionando o óbito materno.

## 15 REFERÊNCIAS

ALSO BRASIL. **Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia**. In: Hemorragia Pós-Parto. Sarvier, 2022. p. 286-317

Alves AL, Nagahama G, Nozaki AM. **FEBRASGO POSITION STATEMENT - Manejo cirúrgico da hemorragia pós-parto**. FEBRASGO, nº 4, Outubro 2020



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. ALBERTO ANTUNES  
HUPAA-UFAL

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Alves AL, Francisco AA, Osanan GC, Vieira LB. **FEBRASGO POSITION STATEMENT - Hemorragia pós-parto: prevenção, diagnóstico e manejo não cirúrgico**. FEBRASGO, nº 5, Novembro 2020

Belfort, M.A. **Overview of postpartum hemorrhage**. UpToDate, Setembro 2024

Committee on Practice Bulletin – Obstetrics. **Practice Bulletin No. 183: Postpartum hemorrhage**. American College of Obstetrician and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;130: e 168-86

Escobar MF, Nassar AH, Theron G, et al. **FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage** 2022. *Int J Gynecol Obstet*. 2022;157(Suppl. 1):3–50. doi:10.1002/ijgo.14116

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Guia de Habilidades em Hemorragia Pós-Parto**. FEBRASGO, Março 2023

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)

Iraha Y, Okada M, Toguchi M, Azama K, Mekaru K, Kinjo T, Kudaka W, Aoki Y, Aoyama H, Matsuzaki A, Murayama S. **Multimodality imaging in secondary postpartum or postabortion hemorrhage: retained products of conception and related conditions**. *Jpn J Radiol*. 2018;36(1):12. Epub 2017 Oct 19

Nomura RM, Nakamura-Pereira M, Brizot ML, Trapani Júnior A, Paro HB, Rosas CF, et al. **FEBRASGO POSITION STATEMENT - Uso de misoprostol em obstetrícia**. FEBRASGO, nº 6, Junho 2023

Mavrides E, Allard S, Chandharan E, Collins P, Green L, Hunt BJ, Riris S, Thomson AJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. **Prevention and management of postpartum haemorrhage**. *BJOG* 2016;124:e106–e149.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Brasília: OPAS; 2018b

Zugaib, M; Francisco, R.P.V. **Protocolos assistenciais: Clínica Obstétrica FMUSP. In: Hemorragia Pós-Parto** – 6. Ed. – Rio de Janeiro: Atheneu 2021. p. 845-852

Alba, R.W.E, et al. **Protocolo de assistência obstétrica: Rede Cegonha [livro eletrônico]** – João Pessoa: Ideia, 2020.

## 16 HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Responsável pela elaboração	Descrição da atualização
1	26/02/2025	Juliana Ferreira da Silva Lorena Peixoto Lopes	Versão inicial.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. ALBERTO ANTUNES  
HUPAA-UFAL

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

**17 RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO**

<p><b>Elaboração</b></p> <p>Juliana Ferreira da Silva - Médica Residente de Ginecologia e Obstetrícia do HUPAA - UFAL</p> <p>Lorena Peixoto Lopes - Médica Obstetra/UMUL</p>	<p>_____ Data: __/__/____</p> <p>_____ Data: __/__/____</p>
<p><b>Análise</b></p> <p>Felipe Oliveira de Albuquerque - Médico Obstetra/Chefe da Unidade da Saúde da Mulher</p> <p>Roberta Ribeiro Brandão Caldas - Médica anesthesiologista/ Supervisora do Programa de Residência de Anestesiologia do HUPAA – CET/SBA</p> <p>Cinthya Pereira Leite Costa - Médica Hematologista - Unidade de Hematologia /Hemoterapia</p> <p>Laís Daniele Ribeiro de Melo - Enfermeira Responsável Técnica do pré-parto e triagem obstétrica/Unidade de Saúde da Mulher</p>	<p>_____ Data: __/__/____</p> <p>_____ Data: __/__/____</p> <p>_____ Data: __/__/____</p> <p>_____ Data: __/__/____</p>
<p><b>Validação técnica</b></p> <p>Maria Raquel dos Anjos Silva Guimaraes - Medica Infectologista - Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Unidade de Vigilância em Saúde (UVS)</p>	<p>_____ Data: __/__/____</p>
<p><b>Validação de forma</b></p> <p>Vilma Queiroz Siqueira – Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)</p>	<p>_____ Data: 09/06/2025</p>
<p><b>Aprovação</b></p> <p>Elisângela Cristina Albuquerque de Sousa – Gerente de Atenção à Saúde (GAS)</p>	<p>_____ Data: __/__/____</p>

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)*



**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PROF. ALBERTO ANTUNES  
HUPAA-UFAL**

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

## ANEXOS

## Anexo A - Sequenciamento do atendimento na HPP

Sequenciamento do atendimento na HPP	
	<b>1. Ajuda e avaliação inicial</b>
	Verbalização clara do diagnóstico para a equipe e o paciente. Durante o atendimento, é necessário que todos os profissionais se utilizem de uma comunicação eficaz e clara. A informação deve ser repetida para o solicitante, para confirmar aquilo que foi pedido e assim obter uma checagem dupla. Exemplo: “Por favor, 20 unidades de ocitocina em 500 ml de soro fisiológico agora” / “Instaladas 20 unidades de ocitocina em 500 ml de soro fisiológico”.
	Estimar a gravidade da perda inicial (métodos de estimativa de perda, parâmetros clínicos e índice de choque).
	Avaliação rápida da causa da hemorragia (4 T's: tônus, trauma, tecido e trombina).
	<b>2. Medidas gerais iniciais</b>
	Inserir 02 acessos venosos calibrosos (Jelco 14 ou 16) e iniciar infusão de cristaloides (reavaliar parâmetros clínicos a cada frasco)
	Coletar exames: hemograma, coagulograma, fibrinogênio e prova cruzada
	Oxigenioterapia: 8 a 10 litros/min em máscara facial ou cateter nasal
	Elevação dos membros inferiores
	Monitorização contínua
	Inserir sonda vesical de demora (monitorar diurese) <b>datar o dia de inserção da sonda vesical</b>
	Avaliar antibioticoprofilaxia, principalmente se abordagem cirúrgica ou uso do balão de tamponamento
	<b>3. Controle da volemia e reposição volêmica</b>
	Estimar gravidade da perda volêmica
	Infusão racional de cristaloides
	Transfusão: se instabilidade hemodinâmica. Considerar após 1500 ml de cristalóide e HPP grave
	<b>4. Determinar a etiologia</b>
	Avaliar o tônus uterino (massagem)
	Revisão da cavidade uterina (restos placentários)
	Revisão do canal de parto (lesão/hematoma: vagina, colo e segmento uterino)
	Avaliar história de coagulopatia (doenças prévias, CIVD, uso de medicamentos)
	<b>5. Específico e adjuvante: tratamentos</b>
	Tratar a causa específica da hemorragia
	Tratamento adjuvante: ácido tranexâmico 1g, EV, lento em 10 minutos
	<b>6. Foco na atonia: se atonia confirmada e/ou associada ou enquanto se procura outro foco</b>
	Massagem uterina bimanual
	Uterotônicos, conforme ordem de aplicação
	Balão de tamponamento intrauterino ou traje antichoque não pneumático, se falha do tratamento medicamentoso

	<b>7. Geral: avaliação após abordagem inicial</b>
	Reavaliação da hemorragia e do estado hemodinâmico
	Se falha do tratamento conservador, considerar tratamento cirúrgico
	<b>8. Observação após controle da hemorragia</b>
	Monitorização rigorosa no pré-parto ou sala equivalente nas primeiras 24h
	UTI, conforme gravidade

Fonte: Organização Pan Americana de Saúde (2018)

### Anexo B – Kit de emergência para uso na HPP

<b>Kit de emergência para uso na HPP</b>	
<b>O kit de hemorragia pós-parto deve estar presente em todos os setores da maternidade, sempre completo, organizado e lacrado.</b>	
<b>Ítem</b>	<b>Quantidade</b>
Protocolo / Check list	01 de cada, plastificados
Soro fisiológico 0,9%	02 frascos de 500 ml
Ringer lactato	02 frascos de 500 ml
Equipo de soro	02 unidades
Ocitocina (5 UI/1 ml)	08 ampolas de 1 ml
Metilergometrina (0,2 mg/ml)	02 ampolas de 1 ml
Misoprostol (200 mcg/cp)	04 comprimidos
Ácido tranexâmico (250mg/4ml)	08 ampolas de 4 ml
Jelco 14 ou 16	02 unidades de cada
Jelco 18	02 unidades de cada
Seringas	02 unidades de 5 ml 02 unidades de 20 ml
Agulhas	04 unidades de 40x12 mm 04 unidades de 25x8 mm
Máscara facial de oxigênio e látex	01 unidade de cada
Sonda vesical de demora e coletor urinário	02 unidades de cada
Termômetro	01 unidade
Manta térmica aluminizada adulto	01 unidade
Balão de tamponamento	01 unidade
Tubos de coleta de sangue	06 unidades de cada tipo: Tampa amarela/vermelha (soro) Tampa roxa (EDTA) Tampa azul (Citrato de sódio) Tampa cinza (Fluoreto) Seringa para gasometria
Traje antichoque não pneumático	01 unidade
Three-way + extensor	02 unidades
Facilitadores	- Pedidos de exames já preenchidos e pré-aprovados.

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Medicamentos que possam não estar disponíveis no kit.</li><li>- Cópia do formulário de solicitação de transfusão.</li><li>- Cópia do TCLE de transfusão.</li></ul>
--	--

**Fonte:** Organização Pan Americana de Saúde (2018)