

Edição XX

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 19

HEMORRAGIA PÓS-PARTO

MARCOS DANIEL GOMES OLIVEIRA¹
MARIANA GUIMARÃES MUNDIM¹
MARIA LUÍSA VILAS BOAS ALVES PEREIRA¹
NAYLA FERNANDA DE OLIVEIRA TANUS²

1. Discente – Medicina no Centro Universitário UNIFIPMOC – Montes Claros

2. Médica – Graduada em Medicina pela Faculdade de Minas de Belo Horizonte (FAMINAS – BH).

Palavras-Chaves: Hemorragia Pós-Parto; Morbimortalidade Materna; Manejo Obstétrico.

EPIDEMIOLOGIA

A hemorragia pós-parto (HPP) representa uma das principais emergências obstétricas e figura como a principal causa de morte materna evitável no mundo. Estima-se que aproximadamente 25% a 35% das mortes maternas globais estejam relacionadas a essa complicação, variando de acordo com o nível de desenvolvimento dos países e a qualidade da assistência obstétrica disponível. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, a HPP ainda é responsável por taxas elevadas de morbimortalidade, refletindo desigualdades no acesso a serviços de saúde e na qualidade da assistência prestada durante o ciclo gravídico-puerperal (MACEDO & LOPES, 2018; OLIVEIRA & DAVIM, 2019).

A incidência global da HPP varia entre 2% a 6% de todos os partos, mas essa proporção pode ser maior em regiões de baixa renda, onde práticas de prevenção e protocolos de manejo ainda não estão totalmente implantados. Estudos brasileiros apontam prevalência semelhante, com taxas mais elevadas em contextos hospitalares de referência, onde chegam mulheres com gestações de alto risco e fatores predisponentes acumulados. Além disso, a HPP pode se apresentar de forma primária, nas primeiras 24 horas após o parto, ou secundária, entre 24 horas e 12 semanas após o parto, sendo a forma primária mais prevalente e mais associada à mortalidade imediata (FREITAS *et al.*, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, mais de 14 milhões de mulheres em todo o mundo desenvolvem HPP, e cerca de 70 mil vão a óbito em decorrência da complicação. Esses números reforçam a magnitude do problema em saúde pública e a necessidade de estratégias globais e locais para prevenção e tratamento. No Brasil, a HPP é a segunda principal causa de mortalidade materna direta,

com destaque para as regiões Norte e Nordeste, onde as taxas permanecem mais elevadas, refletindo desigualdades socioeconômicas e deficiências estruturais na rede de atenção obstétrica (FEBRASGO, 2025).

Além da mortalidade, a HPP está associada a significativa morbidade materna. Complicações como choque hipovolêmico, necessidade de histerectomia periparto, infecções secundárias, coagulopatias e falência de múltiplos órgãos representam desfechos graves que podem comprometer a qualidade de vida da mulher. A literatura mostra que, mesmo em países desenvolvidos, a HPP continua a representar um desafio, com impactos relevantes nos custos hospitalares e no tempo de internação materna (FRANCISCA *et al.*, 2024; MATOS *et al.*, 2022).

Do ponto de vista epidemiológico, há também fatores relacionados à mudança do perfil obstétrico que contribuem para a manutenção das altas taxas de HPP. O aumento da idade materna ao parto, a maior prevalência de comorbidades como hipertensão e diabetes, bem como o incremento nas taxas de cesarianas, estão entre os aspectos que elevam o risco de complicações hemorrágicas. No Brasil, observa-se ainda a disparidade entre setores público e privado, sendo as cesarianas mais frequentes na rede suplementar, o que impacta nos índices de HPP e na necessidade de protocolos rigorosos de prevenção (BETTI, 2023; FEBRASGO, 2025).

Portanto, a epidemiologia da HPP reflete não apenas números de prevalência e mortalidade, mas também um complexo panorama que envolve determinantes sociais, estruturais e clínicos. A análise desses dados evidencia que, embora prevenível em grande parte dos casos, a HPP permanece como um dos maiores desafios contemporâneos da obstetrícia e uma prioridade para políticas públicas de saúde materna

(OLIVEIRA & DAVIM, 2019; FEBRASGO, 2025).

Etiologia

A HPP é um fenômeno multifatorial, cuja etiologia pode ser didaticamente compreendida pela clássica divisão das “4 Ts”: Tônus, Trauma, Tecido e Trombina. Essa categorização auxilia na abordagem rápida, pois permite que a equipe identifique a provável origem do sangramento e direcione intervenções precoces. Embora a atonia uterina seja a causa mais prevalente, as demais condições, isoladas ou associadas, representam parcela importante dos casos graves e influenciam diretamente a mortalidade materna. Além disso, fatores obstétricos, clínicos e iatrogênicos interagem na gênese da HPP, compondo um cenário em que prevenção, vigilância e resposta rápida são determinantes (MACEDO & LOPES, 2018; FREITAS *et al.*, 2021).

A atonia uterina (Tônus) representa entre 70–80% das HPP primárias e consiste na falha do útero em contrair-se adequadamente após a dequitação placentária. Essa falha impede a obliteração dos vasos uterinos, resultando em sangramento contínuo. A etiologia da atonia pode estar relacionada a múltiplos fatores de risco, como gestação múltipla, polidrâmnio, macrosomia fetal, trabalho de parto prolongado ou precipitado, uso excessivo de ocitocina, corioamnionite e história prévia de HPP. O mecanismo central envolve a exaustão do miométrio e a alteração na sensibilidade aos estímulos contráteis, levando a uma incapacidade de retração adequada das fibras musculares uterinas (FREITAS *et al.*, 2021; FEBRASGO, 2025).

As causas relacionadas ao Trauma correspondem a lacerações do canal de parto (colo uterino, vagina, períneo) ou roturas uterinas. Estão frequentemente associadas a partos ins-

trumentais (fórceps, vácuo extrator), uso inadequado de ocitocina, apresentações fetais anômalas e cesariana em condições desfavoráveis. A rotura uterina, embora menos frequente, é evento devastador, associando-se a sangramento maciço e alta mortalidade. O trauma também pode incluir hematomas de parede vaginal, vulvar ou retroperitoneal, que podem evoluir de forma insidiosa, mas acarretar choque hemorrágico grave. O reconhecimento precoce dessas lesões exige inspeção sistemática após o parto e manutenção de alta suspeição em casos de instabilidade hemodinâmica sem sangramento aparente externo (OLIVEIRA & DAVIM, 2019; MATOS *et al.*, 2022).

O componente Tecido inclui a retenção de fragmentos placentários ou de membranas, bem como anomalias de inserção placentária, como placenta prévia, acreta, increta e percreta. Esses cenários impedem a adequada contração uterina e favorecem sangramento persistente. O espectro do acretismo placentário tem crescido em frequência paralelamente ao aumento das taxas de cesariana, representando um dos grandes desafios atuais no manejo da HPP. Além disso, a dequitação incompleta, muitas vezes relacionada a inserção anômala ou a manobras obstétricas inadequadas, contribui para o risco de hemorragia grave e necessidade de intervenções invasivas como curetagem, balão intrauterino ou mesmo histerectomia (FREITAS *et al.*, 2021; FEBRASGO, 2025).

Por fim, as alterações de Trombina (distúrbios da coagulação) podem ser causas primárias ou secundárias da HPP. Incluem desde coagulopatias pré-existentes (como doença de von Willebrand e trombocitopenias graves) até coagulopatias adquiridas no contexto obstétrico (coagulação intravascular disseminada – CIVD, abruptio placentae, embolia de líquido amniótico, sepse, pré-eclâmpsia grave e síndrome

HELLP). A perda sanguínea maciça por qualquer mecanismo pode também induzir coagulopatia dilucional e hipocalcemia, perpetuando o ciclo hemorrágico. Protocolos nacionais e internacionais enfatizam a avaliação precoce da coagulação e a pronta reposição hemoderivada como componentes essenciais da abordagem etiológica quando há suspeita de alteração da hemostasia (FEBRASGO, 2025).

Embora as “4 Ts” constituam o modelo clássico, a etiologia da HPP não se restringe a esses pontos. Fatores maternos como idade avançada, obesidade, comorbidades crônicas (hipertensão, diabetes, doenças hematológicas), uso de anticoagulantes e história obstétrica pregressa (cesarianas, curetagens repetidas, múltiplas gestações) modulam significativamente o risco individual. Do ponto de vista iatrogênico, práticas como indução farmacológica inadequada, cesariana sem indicação criteriosa, ausência de profilaxia uterotônica no terceiro período do parto e falhas na monitorização imediata do puerpério aumentam substancialmente a chance de desfechos hemorrágicos. Assim, a etiologia deve ser compreendida como multifatorial e em estreita inter-relação entre características maternas, condições obstétricas e fatores assistenciais (MACEDO & LOPES, 2018; OLIVEIRA & DAVIM, 2019; MATOS *et al.*, 2022).

Outro ponto relevante na etiologia é o papel dos determinantes sociais e estruturais de saúde. A falta de acesso a pré-natal adequado pode retardar a identificação de condições de risco (placenta prévia, coagulopatias), enquanto a insuficiência de equipes treinadas e de protocolos assistenciais institucionais amplia a vulnerabilidade das gestantes frente a causas potencialmente preveníveis. Estudos nacionais mostram que a mortalidade materna por HPP tem relação direta com a desorganização das redes de atenção, o que evidencia a importância de compreender a etiologia em uma perspectiva ampliada,

que ultrapassa os fatores biológicos e envolve determinantes sistêmicos e sociais (OLIVEIRA & DAVIM, 2019; FEBRASGO, 2025).

Sinais e sintomas

O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas da hemorragia pós-parto é crucial para evitar a progressão para choque hemorrágico e morte materna. Entretanto, a identificação clínica pode ser desafiadora, uma vez que os sintomas iniciais frequentemente são inespecíficos e, em muitos casos, a perda sanguínea é subestimada. A literatura reforça que a abordagem clínica deve aliar a avaliação objetiva da perda de sangue ao monitoramento hemodinâmico, buscando sinais sutis de instabilidade antes do surgimento de colapso circulatório (MACEDO & LOPES, 2018; OLIVEIRA & DAVIM, 2019).

O sintoma mais evidente da HPP é o sangramento genital abundante, geralmente percebido como perda contínua ou em coágulos de grande volume após o parto. A presença de sangue em lençóis, roupas, campos cirúrgicos ou no chão deve ser interpretada com alto grau de suspeição, especialmente nas primeiras 24 horas (HPP primária). Contudo, nem todo quadro é imediatamente visível: hematomas pélvicos ou retroperitoneais podem gerar instabilidade hemodinâmica sem exteriorização significativa, sendo importante a inspeção sistemática da genitália e do períneo no pós-parto imediato (FREITAS *et al.*, 2021; FEBRASGO, 2025).

Entre os sinais vitais, destacam-se taquicardia persistente, hipotensão arterial, taquipneia e saturação periférica de oxigênio reduzida. A literatura aponta o índice de choque (razão entre frequência cardíaca e pressão arterial sistólica) como marcador precoce e sensível: valores $\geq 0,9$ associam-se a maior risco de evolução desfavorável e necessidade de intervenção agressiva. Além disso, a hipotensão isolada tende a ser um achado tardio, pois a gestante jovem geralmente

compensa grandes perdas sanguíneas antes de apresentar colapso circulatório (BETTI *et al.*, 2023; FEBRASGO, 2025).

Os sintomas clínicos iniciais de hipoperfusão incluem tontura, sudorese fria, palidez cutânea, agitação, ansiedade e oligúria. À medida que o sangramento evolui, surgem confusão mental, extremidades frias, enchimento capilar lento e cianose periférica. Nos estágios mais graves, há sinais de choque hipovolêmico franco: rebaixamento do nível de consciência, taquicardia acima de 130 bpm, pressão arterial sistólica < 90 mmHg e débito urinário menor que 30 mL/h. Esses sinais configuram uma emergência vital que exige resposta imediata da equipe multiprofissional (MATOS *et al.*, 2022; SANTOS *et al.*, 2024).

Além dos sinais hemodinâmicos, a avaliação uterina é fundamental. No caso de atonia uterina, o útero apresenta-se aumentado, flácido e mal contraído à palpação abdominal, frequentemente associado a sangramento difuso e incoagulável. Já quando a causa é trauma, o útero tende a estar contraído, mas a paciente mantém sangramento ativo ou hematomas progressivos. Nos casos de retenção de restos placentários, o útero pode estar subinvoluído e doloroso, com sangramento irregular, persistente ou tardio (OLIVEIRA & DAVIM, 2019; FREITAS *et al.*, 2021;).

No cenário de coagulopatias, os sinais incluem sangramento difuso em múltiplos sítios, como pontos de venopunção, gengivas e trato urinário, além de sangramento que não cessa com medidas mecânicas habituais. A evolução é, em geral, rápida, e o quadro pode se associar a sinais sistêmicos de coagulação intravascular disseminada (CIVD), como petéquias e equimoses extensas (FEBRASGO, 2025).

Importa ressaltar que a subestimação da perda sanguínea é um obstáculo frequente. Estimativas visuais tendem a ser falhas, motivo

pelo qual protocolos recomendam a quantificação objetiva da perda de sangue, por meio da pesagem de compressas e do uso de coletores calibrados. A mensuração quantitativa aumenta a acurácia diagnóstica e permite que sinais clínicos sejam correlacionados de forma mais precisa com o volume real perdido, evitando que a intervenção ocorra apenas quando a paciente já apresenta choque estabelecido (MACEDO & LOPES, 2018; MATOS *et al.*, 2022).

Por fim, é importante destacar que a HPP secundária, ocorrendo entre 24 horas e 12 semanas após o parto, manifesta-se predominantemente por sangramento vaginal persistente ou recorrente, de intensidade variável, muitas vezes associado a sinais de infecção uterina, subinvolução do útero ou presença de restos placentários. Nesses casos, o reconhecimento clínico depende de anamnese detalhada e da orientação adequada à puérpera para buscar atendimento diante de perdas anormais, evitando atrasos diagnósticos (FREITAS *et al.*, 2021; FEBRASGO, 2025).

Diagnóstico

O diagnóstico da HPP deve ser rápido, preciso e baseado em uma combinação de avaliação clínica, mensuração da perda sanguínea e monitoramento hemodinâmico, considerando tanto manifestações visíveis quanto sinais sutis de instabilidade circulatória. Trata-se de uma emergência obstétrica em que a acurácia diagnóstica precoce é determinante para a sobrevivência materna, visto que atrasos de minutos podem impactar significativamente os desfechos. A literatura destaca que a identificação da HPP não deve depender exclusivamente do volume absoluto de sangue perdido, mas sim da associação entre perda estimada e repercussão clínica na paciente (MACEDO & LOPES, 2018; OLIVEIRA & DAVIM, 2019).

Tradicionalmente, a definição de HPP primária inclui perda sanguínea ≥ 500 mL após parto vaginal ou ≥ 1000 mL após cesariana nas primeiras 24 horas. No entanto, diversos estudos apontam que tais valores são frequentemente subestimados quando baseados em avaliação visual. Por isso, as diretrizes mais atuais recomendam considerar como diagnóstico também a presença de sinais clínicos de hipoperfusão (taquicardia, hipotensão, oligúria, alteração do estado mental), independentemente do volume mensurado. O foco deve estar no conceito de “sangramento clinicamente significativo”, em vez de limites fixos de mililitros (FREITAS *et al.*, 2021; FEBRASGO, 2025).

A quantificação objetiva da perda sanguínea é considerada padrão-ouro para maior acurácia diagnóstica. Métodos recomendados incluem a pesagem de compressas e campos cirúrgicos antes e após o uso, uso de drenos calibrados e coletores graduados durante e após o parto. Essa mensuração quantitativa permite detectar precocemente perdas clinicamente relevantes que poderiam ser negligenciadas na estimativa visual. Revisões integrativas demonstram que a implementação sistemática dessa prática aumenta significativamente o reconhecimento precoce da HPP, reduz atrasos terapêuticos e melhora desfechos maternos (MATOS *et al.*, 2022; OLIVEIRA & DAVIM, 2019).

O exame físico direcionado é igualmente essencial. A palpação uterina auxilia no diagnóstico diferencial: útero flácido e aumentado sugere atonia uterina, enquanto um útero bem contraído associado a sangramento ativo sugere trauma do canal de parto ou coagulopatia. A inspeção do colo, vagina e períneo permite identificar lacerações, hematomas ou rotura uterina, causas frequentes de hemorragia que podem evoluir sem exteriorização imediata. A avaliação obstétrica também deve incluir investigação de restos placentários (fragmentos visíveis, placenta incompleta após dequitação) e

anomalias de inserção placentária (FREITAS *et al.*, 2021; FEBRASGO, 2025).

Do ponto de vista laboratorial, exames complementares são fundamentais no diagnóstico da repercussão sistêmica da HPP. Hemograma completo, dosagem de fibrinogênio, tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) e plaquetas ajudam a identificar coagulopatias primárias ou secundárias. Valores de fibrinogênio < 200 mg/dL são particularmente preditivos de evolução desfavorável. Nos casos graves, gasometria arterial e lactato sérico auxiliam na avaliação da gravidade da hipoperfusão e da necessidade de suporte intensivo (FEBRASGO, 2025).

O uso de índices clínicos auxiliares, como o índice de choque (frequência cardíaca/pressão arterial sistólica), agrega valor diagnóstico. Estudos brasileiros evidenciam que valores $\geq 0,9$ estão fortemente associados à presença de HPP clinicamente significativa e maior necessidade de transfusão, reforçando sua utilidade como ferramenta simples e aplicável em diversos cenários assistenciais. Esses parâmetros ajudam a superar a limitação de definições puramente volumétricas e a antecipar intervenções antes da instalação do choque hemorrágico pleno (BETTI *et al.*, 2023; FEBRASGO, 2025).

Outro ponto importante no diagnóstico é a diferenciação entre HPP primária e secundária. A primária ocorre até 24 horas após o parto e, em geral, está relacionada à atonia uterina, trauma, restos placentários ou coagulopatias agudas. Já a secundária manifesta-se entre 24 horas e 12 semanas pós-parto e frequentemente decorre de subinvolução uterina, infecções puerperais ou restos placentários retidos. O diagnóstico da HPP secundária depende de anamnese detalhada (relato de sangramento vaginal anormal persistente ou recorrente) e exames de imagem como ultrassonografia, que permitem

identificar coleções intrauterinas ou anormalidades estruturais (MACEDO & LOPES, 2018; FREITAS *et al.*, 2021;).

Por fim, recomenda-se que o diagnóstico da HPP seja realizado em fluxo contínuo de vigi-lância. Protocolos institucionais sugerem reavaliações sistemáticas das puérperas nas primeiras duas horas após o parto, incluindo inspeção do sangramento, palpação uterina e controle rigo-roso de sinais vitais. A detecção precoce base-ada em protocolos estruturados reduz a proba-bilidade de falhas diagnósticas e garante a ati-vação rápida de medidas terapêuticas, fator que tem se mostrado decisivo na redução da morta-lidade materna por HPP (OLIVEIRA & DA-VIM, 2019; FEBRASGO, 2025).

Tratamento

O tratamento, por sua vez, deve ser imedi-ato, sistematizado e multiprofissional, visto que o tempo de resposta é determinante para a so-brevida materna. As diretrizes atuais recomen-dam que o manejo seja conduzido em fluxo or-ganizado, com protocolos institucionais que in-tegrem medidas farmacológicas, mecânicas, ci-rúrgicas e de suporte hemodinâmico. O objetivo central é restaurar a contratilidade uterina, con-trolar a fonte de sangramento, corrigir distúr-bios de coagulação e estabilizar a paciente (FE-BRASGO, 2025).

O primeiro passo consiste em reconheci-mento imediato e ativação da equipe de res-posta rápida. Medidas iniciais incluem acesso venoso calibroso, coleta de exames laboratori-ais (hemograma, coagulograma, fibrinogênio, gasometria), oferta de oxigênio suplementar e monitorização contínua de sinais vitais. Parale-lamente, realiza-se a massagem uterina bima-nual para estimular a contração uterina e reduzir temporariamente o sangramento, enquanto tera-pias definitivas são preparadas (OLIVEIRA & DAVIM, 2019; FREITAS *et al.*, 2021).

Terapia farmacológica

Os uterotônicos são a primeira linha do tra-tamento, com a ocitocina sendo considerada droga de escolha, administrada em infusão in-travenosa contínua. Quando não há resposta adequada, associam-se agentes como ergome-trina (contraindicada em hipertensas), carbo-prost trometamina (evitar em pacientes asmáti-cas) e misoprostol, que pode ser utilizado via retal, sublingual ou oral. O uso combinado des-ses agentes aumenta a taxa de controle do san-gramento nos casos de atonia uterina, principal causa de HPP (MACEDO & LOPES, 2018; FE-BRASGO, 2025).

Outro recurso farmacológico fundamental é o ácido tranexâmico, antifibrinolítico que deve ser administrado preferencialmente na primeira hora do diagnóstico, podendo reduzir mortali-dade por HPP em até 30%. A recomendação é aplicar 1 g IV em 10 minutos, podendo repetir após 30 minutos se o sangramento persistir. Es-tudos como o WOMAN trial confirmaram sua eficácia como medida adjuvante universal (MATOS *et al.*, 2022; BETTI *et al.*, 2023;).

Medidas mecânicas e conservadoras

Caso as medidas farmacológicas não sejam suficientes, utilizam-se técnicas mecânicas para controle do sangramento. O tamponamento ute-rino com balão (Bakri, Sengstaken ou balões ar-tesanais) é amplamente recomendado, com al-tas taxas de sucesso na contenção da hemorra-gia por atonia. Compressas cirúrgicas e tampo-namento com gaze esterilizada também são op-ções em contextos de recursos limitados (FREI-TAS *et al.*, 2021).

As técnicas de sutura uterina de compressão (como a sutura de B-Lynch) constituem inter-venções conservadoras eficazes quando o san-gramento persiste. Da mesma forma, as ligadu-ras vasculares (artérias uterinas ou hipogástri-cas) podem ser indicadas para reduzir o fluxo sanguíneo. O uso de radiologia intervencionis-

ta, com embolização arterial seletiva, é altamente eficaz em centros especializados, oferecendo alternativa menos invasiva à histerectomia (MACEDO & LOPES, 2018; OLIVEIRA & DAVIM, 2019).

Terapia transfusional e suporte intensivo

A reposição volêmica agressiva é essencial, devendo-se priorizar cristaloídes aquecidos e, quando disponível, estratégias de transfusão maciça protocolar, com proporção equilibrada de concentrado de hemácias, plasma fresco congelado e plaquetas. O objetivo é evitar a tríade letal da coagulopatia, acidose e hipotermia. Em casos de hipofibrinogenemia, recomenda-se reposição com crioprecipitado ou concentrado de fibrinogênio (FEBRASGO, 2025).

Monitorização intensiva deve incluir diurese horária, controle de temperatura e vigilância contínua dos parâmetros hemodinâmicos. Em pacientes instáveis, internação em unidade de terapia intensiva (UTI) obstétrica é mandatória para seguimento pós-hemostasia e suporte avançado (BETTI *et al.*, 2023).

Tratamento cirúrgico definitivo

Quando todas as medidas conservadoras falham, a histerectomia obstétrica torna-se a conduta definitiva. Embora represente uma medida radical, é frequentemente a única intervenção capaz de salvar a vida materna em casos de sangramento refratário. A decisão deve ser tomada de forma precoce, antes da instalação de choque irreversível, preferencialmente por equipe experiente em ambiente hospitalar com recursos de suporte intensivo (FREITAS *et al.*, 2021; FEBRASGO, 2025).

Protocolos e abordagem multidisciplinar

O êxito no tratamento depende da existência de protocolos assistenciais, treinamentos

periódicos da equipe e disponibilidade de insumos essenciais (uterotônicos, balão uterino, sangue e derivados). A atuação coordenada entre obstetras, anestesiólogos, enfermeiros, intensivistas e equipe de hemoterapia é indispensável. Estudos brasileiros apontam que hospitais que implementam protocolos multiprofissionais estruturados apresentam redução significativa da mortalidade materna por HPP (MATOS *et al.*, 2022)

Assim, o tratamento da HPP deve ser entendido como linha de cuidado escalonada e dinâmica, que inicia com medidas básicas e evolui rapidamente para intervenções avançadas conforme a gravidade e refratariedade do quadro. O manejo adequado, quando precoce e sistematizado, é capaz de evitar a maioria dos óbitos maternos associados a essa complicação obstétrica.

Prognóstico

O prognóstico da hemorragia pós-parto (HPP) depende diretamente da precocidade do diagnóstico, da rapidez na implementação do tratamento e da existência de protocolos assistenciais eficazes. Trata-se de uma das principais causas de morbimortalidade materna no mundo, responsável por cerca de 25% dos óbitos maternos globais. Apesar de evitável em grande parte dos casos, ainda permanece como desafio nos sistemas de saúde, especialmente em países de média e baixa renda (MACEDO & LOPES, 2018; OLIVEIRA & DAVIM, 2019).

Pacientes submetidas a diagnóstico e tratamento precoces geralmente apresentam evolução favorável, com recuperação completa e baixa chance de sequelas. Quando a abordagem terapêutica é imediata, envolvendo medidas farmacológicas, mecânicas e de suporte hemodinâmico, a mortalidade pode ser reduzida drasticamente. Revisões recentes apontam que a implementação de protocolos multiprofissionais

reduz em até 70% o risco de evolução fatal (MATOS *et al.*, 2022; FEBRASGO, 2025).

Por outro lado, atrasos no reconhecimento ou falhas na organização do cuidado estão associados a prognóstico desfavorável, com risco elevado de choque hipovolêmico irreversível, coagulopatia de consumo e falência de múltiplos órgãos. A tríade letal – hipotermia, acidose metabólica e coagulopatia – representa o marco fisiopatológico da irreversibilidade do quadro, elevando substancialmente a mortalidade materna. Nessas circunstâncias, mesmo com suporte intensivo e histerectomia obstétrica, a sobrevivência pode ser comprometida (FREITAS *et al.*, 2021; BETTI *et al.*, 2023).

Além da mortalidade, a HPP também apresenta impacto significativo sobre a morbidade materna. Entre as complicações descritas destacam-se: anemia grave, necessidade de transfusão maciça, insuficiência renal aguda, síndrome de Sheehan (necrose hipófise anterior por hipoperfusão), lesões de vísceras secundárias a cirurgias emergenciais e complicações infecciosas relacionadas a procedimentos invasivos. Essas consequências podem comprometer a qualidade de vida e a capacidade reprodutiva futura da paciente (OLIVEIRA & DAVIM, 2019; FREITAS *et al.*, 2021).

Outro aspecto relevante do prognóstico é o impacto da HPP sobre a fertilidade. Embora medidas conservadoras como suturas de compressão, tamponamento uterino e embolização arterial visem preservar o útero, em muitos casos a histerectomia torna-se a única opção definitiva para salvar a vida materna, implicando na perda irreversível da capacidade reprodutiva. Portanto, o prognóstico também deve ser analisado sob a perspectiva da saúde reprodutiva e psicológica das pacientes (COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM URGÊNCIAS

OBSTÉTRICAS/FEBRASGO, 2025; MATOS *et al.*, 2022).

No contexto global, observa-se um prognóstico mais grave em países em desenvolvimento, onde a escassez de insumos (uterotônicos, sangue e derivados, balões de tamponamento), ausência de equipes treinadas e dificuldade de acesso a serviços terciários de saúde aumentam substancialmente a mortalidade. Já em países desenvolvidos, a maioria das pacientes evolui bem, com baixos índices de complicações graves, refletindo a importância da estrutura assistencial na determinação do desfecho (MACEDO & LOPES, 2018; BETTI *et al.*, 2023).

Por fim, destaca-se que o prognóstico da HPP não se limita ao desfecho clínico imediato, mas deve incluir também a avaliação das repercussões psicossociais. O episódio de hemorragia grave pode gerar impacto emocional duradouro, com relatos de ansiedade, depressão pós-parto e até transtorno de estresse pós-traumático em sobreviventes. Assim, a recuperação global da paciente exige não apenas estabilização hemodinâmica, mas também acompanhamento psicológico e social adequados (OLIVEIRA & DAVIM, 2019; FREITAS *et al.*, 2021).

Em síntese, o prognóstico da HPP é amplamente determinado pelo tempo e qualidade da resposta assistencial. Quando o diagnóstico é precoce e o tratamento sistematizado, a maioria das mulheres apresenta desfecho favorável. Contudo, em cenários de falha diagnóstica, atraso terapêutico ou ausência de recursos, a HPP mantém elevado potencial de morbimortalidade, consolidando-se como uma das principais emergências obstétricas mundiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BETTI, T. *et al.* Prevalência dos fatores de risco para hemorragia pós-parto primária em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s. l.], v. 76, n. 5, 2023. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0134pt>.

FEBRASGO - FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (). Hemorragia pós-parto. 3. ed. São Paulo: Febrasgo, 2025. (Protocolo Febrasgo-Obstetrícia, n. 52/Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas). Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/>>. Acesso em: 04 set. 2025.

FRANCISCA, D. *et al.* Tamponamento intrauterino induzido por vácuo para hemorragia pós-parto: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 7, n. 2, p. e68777–e68777, 2025. Doi: 10.34119/bjhrv7n2-316.

FREITAS, S.M. *et al.* Hemorragia pós-parto: características, tratamento e prevenção. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research (BJSCR)*, v. 37, n. 3, p. 20-25, 2022.

MACEDO, P. de C. & LOPES, H.H. Hemorragia Pós-Parto. *Revista de Patologia do Tocantins*, v. 5, n. 3, p. 59–64, 2018. Doi: 10.20873/uft.2446-6492.2018v5n3p59.

MATOS, M.L.S.S. *et al.* Causalidade e fatores de risco para hemorragia pós-parto: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 16, p. e74111637507, 2022. Doi:10.33448/rsd-v11i16.37507.

OLIVEIRA, R.C. & DAVIM, R.M.B. Prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 13, n. 1, p. 236-248, 2019. Doi: 10.5205/1981-8963- v13i01a238415p236-248-2019