

Edição XXIII

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 55

USO DE UTEROTÔNICOS NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO: EVIDÊNCIAS E DIRETRIZES ATUAIS

GIOVANNA MARCHETTI¹
BEATRIZ LUANA BARATTER DO CARMO¹
FABRINE DADAM RISTOW¹

¹Discente – Medicina do Centro Universitário da Fundação Educacional de Brusque.

Palavras-chave: Hemorragia Pós-Parto; Uterotônicos; Tratamento Farmacológico.

INTRODUÇÃO

A hemorragia pós-parto (HPP) constitui uma das principais emergências obstétricas e um relevante problema de saúde pública global, sendo definida como a perda sanguínea estimada superior a 500 mL após parto vaginal ou superior a 1000 mL após cesariana (BIENSTOCK *et al.*, 2021). De acordo com o momento de sua ocorrência, pode ser classificada em primária, quando se manifesta entre a dequitação placentária e as primeiras 24 horas, e secundária, quando ocorre após esse período, podendo estender-se até 12 semanas pós-parto (BIENSTOCK *et al.*, 2021). As causas da HPP, resumidas pelos 4 "T's" (tônus, trauma, tecido e trombina), exigem intervenção imediata e manejo multidisciplinar, com ênfase na avaliação da perda sanguínea, reposição de fluidos e controle da fonte da hemorragia, enquanto a prevenção e a predição da condição permanecem essenciais para o bem-estar materno (BIENSTOCK *et al.*, 2021).

A hemorragia obstétrica é responsável por aproximadamente um quarto dos óbitos maternos em todo o mundo, com estimativas de uma morte a cada quatro minutos, embora a maioria desses óbitos possa ser evitada por meio da identificação precoce dos fatores de risco e do manejo oportuno dos casos (WANG; OYELESE, 2025). O uso de técnicas estruturadas para mensuração da perda sanguínea, associado a parâmetros objetivos para definição e classificação da gravidade da HPP, tem sido incentivado como estratégia para reduzir atrasos diagnósticos e terapêuticos, uma vez que a estimativa visual é frequentemente imprecisa e sujeita à subestimação (FEDERSPIEL *et al.*, 2023). Assim, a quantificação da perda sanguínea (QPS) tem se destacado como uma alternativa mais objetiva, capaz de minimizar esses vieses cognitivos (FEDERSPIEL *et al.*, 2023). Sua

realização pode envolver métodos gravimétricos e volumétricos convencionais, como a medição graduada sob os campos cirúrgicos e a pesagem de compressas de laparotomia e recipientes de irrigação, bem como tecnologias mais recentes baseadas na análise de imagens em tempo real, que possibilitam maior precisão na mensuração da perda sanguínea (FEDERSPIEL *et al.*, 2023).

Nesse viés, a terceira fase do trabalho de parto, definida como o período que vai do nascimento até a expulsão da placenta, e o período pós-parto imediato são as fases mais perigosas no que tange ao risco de HPP (GALLOS *et al.*, 2019). Além da adequada estruturação da assistência ao parto, estratégias como o planejamento obstétrico individualizado e o manejo ativo do terceiro estágio do trabalho de parto, incluindo a administração de uterotônicos, o clampeamento tardio do cordão umbilical e a massagem uterina após a dequitação placentária, desempenham papel importante na prevenção da HPP (WANG; OYELESE, 2025; SADIKU *et al.*, 2024). Assim, a farmacoterapia permanece como a estratégia de primeira linha, especialmente nos casos relacionados à atonia uterina e/ou distúrbios da coagulação, podendo incluir o uso isolado ou combinado de agentes como ocitocina, carbetocina, metilergometrina, ergometrina, análogos de prostaglandinas e ácido tranexâmico (JONES *et al.*, 2023).

Embora se tenha noção da eficácia dos uterotônicos no controle da perda sanguínea após o parto, existem algumas divergências nas recomendações e, muitas vezes, estudos insuficientes acerca da utilização de tais medicamentos, dificultando o avanço e a agilidade das estratégias de prevenção e tratamento. Logo, o objetivo deste capítulo foi analisar os principais protocolos voltados ao manejo da HPP, com ênfase

no uso de uterotônicos, elaborados pelas Federações Internacional e Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e pelo Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas, integrando medidas e intervenções por meio do uso desses fármacos, com o intuito de determinar estratégias mais eficazes, padronizadas e seguras, que contribuam para a melhoria da assistência materna e das complicações associada à HPP.

MÉTODOS

O capítulo se trata de uma revisão narrativa de literatura, com foco no uso de uterotônicos em contextos de prevenção e tratamento da HPP. As informações foram obtidas por meio da análise de diretrizes de organizações reconhecidas pela sua autoridade no tema, a citar a Organização Mundial de Saúde (OMS) em conjunto com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e o Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas (RCOG).

A pesquisa contemplou publicações nos idiomas português e inglês, priorizando diretrizes, consensos, estudos observacionais e revisões de literatura com relevância clínica. A avaliação dos dados obtidos se deu de forma descritiva e categorizada, priorizando os aspectos relacionados à eficácia e recomendação de uterotônicos na prevenção e no manejo da complicação.

PREVENÇÃO DA HPP

As orientações atuais incluem o uso de uterotônicos como uma importante estratégia na prevenção da HPP, especialmente durante o terceiro estágio do trabalho de parto, medida que deve ser adotada em todas as unidades de cuidado obstétrico (ALVES *et al.*, 2024; WHO,

2025). A ocitocina de forma isolada, na dose de dez (10) Unidades Internacionais (UI), administrada via intramuscular ou intravenosa, após o nascimento do ombro anterior ou antes do clameamento do cordão umbilical, é o esquema de escolha na maioria dos quadros, o que é justificado por seu custo reduzido e sua significativa eficácia no controle da HPP, inclusive dos quadros graves, com sangramento superior a 1000 mL (MAVRIDES *et al.*, 2017; WHO, 2025). Ademais, é fundamental ressaltar que a ocitocina costuma ter poucos efeitos adversos resultantes de seu uso, como distúrbios gastrintestinais, ocasionando dor abdominal, diarreia, náuseas e vômitos, febre e tremores, cefaleia e hipertensão, os quais são mais comuns com o uso de outros uterotônicos (WHO, 2025).

Em casos de indisponibilidade ou quando não houver garantia da qualidade do medicamento, especialmente em decorrência de falhas no transporte e armazenamento sob refrigeração, a segunda linha costuma ser a carbetocina, um derivado da ocitocina de ação prolongada, com poucos efeitos adversos relacionados. Entretanto, a literatura apresenta divergências entre as indicações principais. Enquanto a FIGO recomenda a administração da carbetocina tanto em partos vaginais, quanto em cesarianas, o RCOG aponta estudos que evidenciam sua indicação apenas no contexto do parto cirúrgico, ainda que a primeira opção seja a ocitocina. Além disso, deve-se destacar que a aplicação da carbetocina é restrita à prevenção de HPP, sendo contraindicado seu uso para indução do trabalho de parto e manejo da HPP estabelecida (WHO, 2025).

Embora se opte preferencialmente pelo uso de uterotônicos injetáveis, as prostaglandinas, em especial o misoprostol na dose de 400 ou 600 microgramas via oral, podem ser utilizadas

para a prevenção da HPP e demonstram-se eficazes no manejo de sangramentos leves e graves (maiores do que 1000 mL) (WHO, 2025). Em contrapartida, deve-se mencionar que existe risco aumentado, em comparação aos outros métodos, de ocorrência de efeitos adversos, como tremores, febre e diarreia, os quais costumam ser autolimitados, favorecendo seu custo-benefício (WHO, 2025). É importante citar que sua disponibilidade e uso podem ser limitados em locais onde há certa preocupação com a utilização indevida do medicamento (WHO, 2025).

Por outro lado, os uterotônicos como ergometrina ou metilergometrina, a combinação de dose fixa de ocitocina e ergometrina e as prostaglandinas injetáveis não são indicadas na prevenção da HPP, segundo a FIGO. O uso de ergometrina/metilergometrina, mesmo que influencie na redução do sangramento, está associado a efeitos adversos intensos, principalmente hipertensivos, podendo limitar seu uso seguro (MAVRIDES *et al.*, 2017). Em divergência, existe sua recomendação de uso pela FEBRASGO em casos de impossibilidade de uso de outros uterotônicos.

TRATAMENTO DA HPP

O uterotônico de primeira linha recomendado para o tratamento da HPP, assim como na sua prevenção, é a ocitocina. Deve ser feita a administração de cinco (5) UI por via intravenosa, lentamente, ao longo de três minutos, com adição de 20 a 40 UI em 500 mL de solução fisiológica (SF) a 0,9%, mantendo infusão a 125 mL/hora, por quatro horas. Caso não haja ocitocina disponível ou a perda sanguínea seja refratária, é recomendada a utilização de ergometrina injetável, da combinação em dose fixa de ocitocina e ergometrina ou alguma prostaglandina. A FEBRASGO orienta que a

metilergometrina deve ser administrada na dose de 0,2 miligramas (mg) via intramuscular e repetida após 20 minutos se for preciso. No entanto, deve-se atentar à administração em puérperas hipertensas ou com pré-eclâmpsia, que é contraindicada. O uso do misoprostol é recomendado na dose de 800 microgramas se outras medidas não forem eficazes, contudo, sua via de administração varia conforme as instituições, sendo a via oral/sublingual a preconizada pela FIGO e pelo RCOG e a via retal pela FEBRASGO. Ainda, cabe ressaltar que a aplicação do misoprostol está associada a um maior número de mulheres com sangramento igual ou superior a 1000 mL, em que foi necessária a transfusão sanguínea. Os estudos acerca da eficácia do carboprost (prostaglandina) são escassos, porém, algumas séries de casos demonstram sucesso do medicamento no manejo da HPP (MAVRIDES *et al.*, 2017).

A HPP é uma condição complexa e multifatorial que representa uma das principais emergências obstétricas, sendo considerada um importante problema de saúde em âmbito mundial. Os uterotônicos desempenham papel fundamental tanto na prevenção quanto no tratamento dessa condição, destacando-se a ocitocina como a terapia de primeira linha em ambas as situações, devido à sua eficácia, baixo custo e reduzida ocorrência de efeitos adversos. Na indisponibilidade da ocitocina, a carbetocina surge como alternativa para a prevenção da HPP, sendo seu uso restrito à profilaxia. Contudo, a literatura apresenta divergências quanto às suas indicações de acordo com a via de parto, com preferência à aplicação após partos cesáreos. O misoprostol também pode ser empregado na prevenção, demonstrando eficácia, embora esteja associado a uma maior frequência de efeitos adversos. O uso de ergometrina e metilergometrina como estratégias preventivas é limitado, pelo alto risco de efeitos

adversos intensos, porém, permanece indicada pela FEBRASGO quando há escassez de outras alternativas farmacológicas. No manejo terapêutico da HPP, a ocitocina permanece como a principal opção farmacológica, podendo ser seguida pela ergometrina ou metilergometrina, as quais devem ser evitadas em casos de puérperas hipertensas. Dessa forma, evidencia-se que a adoção de estratégias preventivas, inclu-

indo o planejamento obstétrico individualizado e o manejo ativo do terceiro estágio do trabalho de parto, possui papel fundamental na redução da ocorrência da HPP e na promoção de melhores desfechos maternos, desde que as escolhas medicamentosas sejam feitas com base terapêutica racional, buscando equilíbrio entre custo, benefício e segurança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A.L. *et al.* Hemorragia pós-parto: prevenção, diagnóstico e manejo não cirúrgico. Febrasgo Position Statement, edição especial, p. 1-11, 2024.

BIENSTOCK, J.L. *et al.* Postpartum hemorrhage. The New England Journal of Medicine, v. 384, p. 1635-1645, 2021. DOI: 10.1056/NEJMra1513247.

FEDERSPIEL, J.J. *et al.* Postpartum hemorrhage protocols and benchmarks: improving care through standardization. American Journal of Obstetrics & Gynecology, v. 5, p. 100740, 2023. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2022.100740.

GALLOS, I. *et al.* Uterotonic drugs to prevent postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. Southampton (UK): NIHR Journals Library, v. 23, n. 9, p. 1-356, 2019. DOI: 10.3310/hta23090.

JONES, A.J. *et al.* Preventing postpartum hemorrhage with combined therapy rather than oxytocin alone. American Journal of Obstetrics & Gynecology, v. 5, p. 100731, 2023. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2022.100731.

MAVRIDES E. *et al.* Prevention and management of postpartum haemorrhage. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 124, p. e106-e149, 2017. DOI: 10.1111/1471-0528.14178.

SADIKU, O.D. *et al.* Approaches to the Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage: A Systematic Review of Past Advances, Recent Developments, and Best Practices. Cureus, v. 16, e65096, 2024. DOI: 10.7759/cureus.65096.

WANG, M. J.; OYELESE, Y. Postpartum Hemorrhage. Maternal-fetal medicine, v. 7, n. 1, p. 38-48, 2025. DOI: 10.1097/FM9.0000000000000261.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115637>. Acesso em: 07/07/2026.