

Edição XXIII

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 59

HEMORRAGIA PÓS-PARTO: PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E MANEJO BASEADO EM EVIDÊNCIAS

JESSICA ARIANE DIAS SILVA ¹

DRA. GABRIELA HISSA BASTOS ²

¹ Discente de Medicina – Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

² Médica Orientadora – Ginecologia e Obstetrícia – Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

Palavras-chave: Hemorragia Pós-Parto; Assistência Obstétrica; Morbimortalidade Materna.

INTRODUÇÃO

A hemorragia pós-parto (HPP) é a principal etiologia dos óbitos maternos em âmbito global. Uma emergência obstétrica caracterizada por perda sanguínea acumulada igual ou superior a 500 mL após parto vaginal ou por qualquer volume capaz de comprometer a estabilidade hemodinâmica. Embora perdas superiores a 1.000 mL sejam tradicionalmente utilizadas como referência após cesarianas, as recomendações atuais enfatizam a avaliação clínica, visto que a gravidade está diretamente relacionada à repercussão fisiológica do sangramento. Essa abordagem permite o reconhecimento precoce da intercorrência e favorece intervenções oportunas (FEBRASGO, 2025; WHO, 2025).

O diagnóstico deve se basear na associação entre quantificação objetiva do sangramento e análise clínica sistemática. A estimativa visual isolada apresenta baixa acurácia e tende a subestimar o volume real de sangue perdido. Dessa forma, recomenda-se a utilização de métodos quantitativos, como pesagem de compressas, mensuração do sangue coletado em recipientes graduados e uso de dispositivos específicos para coleta durante o parto, os quais proporcionam maior precisão diagnóstica e auxiliam na determinação da conduta (ACOG, 2019).

A avaliação clínica permanece fundamental para a identificação da gravidade do quadro hemorrágico. Taquicardia, hipotensão arterial, palidez cutaneomucosa, redução do débito urinário, alteração do nível de consciência e sinais de hipoperfusão tecidual constituem marcadores importantes de comprometimento circulatório. Nesse sentido, o índice de choque, calculado pela razão entre a frequência cardíaca e a pressão arterial sistólica, é um marcador sensível de instabilidade hemodinâmica, elevando-

se conforme o quadro materno piora. Valores $\geq 1,0$ indicam perda sanguínea significativa, necessidade de abordagem imediata e maior risco de hemotransfusão. A presença desses achados deve motivar a rápida implementação de medidas de suporte e investigação etiológica, ainda que o volume sanguíneo inicialmente estimado seja reduzido (BIENSTOCK *et al.*, 2021; FEBRASGO, 2025).

Os exames laboratoriais desempenham papel complementar, contribuindo para o monitoramento da perda sanguínea e a detecção de alterações da coagulação. Hemograma, fibrinogênio plasmático, tempo de protrombina (TP/INR), tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa), tipagem sanguínea e prova cruzada constituem os principais exames solicitados durante a abordagem inicial. Embora os resultados não substituam a avaliação clínica, fornecem informações relevantes para o acompanhamento da evolução e o planejamento da terapia transfusional, quando indicada (BIENSTOCK *et al.*, 2021).

Portanto, o diagnóstico da HPP fundamenta-se na integração entre mensuração concreta do sangramento, monitorização clínica contínua e avaliação laboratorial direcionada. A aplicação padronizada desses critérios favorece a identificação precoce da hemorragia, reduz atrasos na instituição do tratamento e contribui para melhores desfechos (ACOG, 2019; FEBRASGO, 2025; WHO, 2025).

ETIOLOGIA: A REGRA DOS 4 TS

A identificação da causa da HPP é determinante para a escolha da abordagem terapêutica e a redução do risco de complicações maternas. Para sistematizar essa avaliação, as principais diretrizes internacionais recomendam a utilização da regra dos 4 Ts, que classifica didaticamente as causas de sangramento em Tônus,

Trauma, Tecido e Trombina. Essa abordagem permite uma investigação direcionada durante situações de emergência obstétrica, favorecendo condutas rápidas e eficazes (FEBRASGO, 2025; WHO, 2025).

O Tônus corresponde à atonia uterina, a etiologia mais frequente. A falha da contração miometrial após a dequitação impede a compressão adequada dos vasos uteroplacentários, resultando em perda sanguínea persistente. Entre os fatores associados, destacam-se sobre-distensão uterina, trabalho de parto prolongado, corioamnionite, gestação múltipla, macrosomia fetal e uso prolongado de ocitocina. Devido à elevada prevalência, a avaliação da contratilidade uterina constitui etapa prioritária na avaliação inicial da hemorragia puerperal (FEBRASGO, 2025; GIOULEKA *et al.*, 2022).

O Trauma compreende lesões do trato genital e estruturas pélvicas associadas ao parto, incluindo lacerações cervicais, vaginais e perineais, hematomas, inversão e ruptura uterina. Nesses casos, o sangramento pode permanecer intenso mesmo na presença do útero contraído. A suspeita clínica deve ser considerada especialmente após partos instrumentais, procedimentos obstétricos invasivos ou situações associadas a maior risco de lesão tecidual (MOHAMMED *et al.*, 2025).

O Tecido refere-se à retenção de fragmentos placentários, membranas ovulares, coágulos ou alterações relacionadas ao espectro de acretismo placentário. A permanência desses tecidos na cavidade uterina compromete a contração miometrial e dificulta a hemostasia fisiológica do sítio placentário. A investigação clínica e ultrassonográfica pode auxiliar na confirmação diagnóstica, sobretudo quando a hemorragia persiste após as medidas iniciais de controle da atonia uterina (GIOULEKA *et al.*, 2022; MOHAMMED *et al.*, 2025).

Por fim, a Trombina engloba os distúrbios da coagulação, congênitos ou adquiridos, capazes de comprometer a formação e a estabilidade

do coágulo. Coagulação intravascular disseminada, pré-eclâmpsia grave, síndrome HELLP, sepse e doenças hematológicas prévias figuram entre as principais condições associadas. Embora menos frequentes que a atonia uterina, as coagulopatias estão relacionadas a maior gravidade clínica e exigem reconhecimento precoce, aliado à avaliação laboratorial para direcionar a correção adequada da hemostasia (MOHAMMED *et al.*, 2025; WHO, 2025).

Portanto, a regra dos 4 Ts permanece como o principal modelo etiológico para investigação da HPP, permitindo uma avaliação sistematizada das causas mais prevalentes de sangramento obstétrico. Sua aplicação rotineira favorece o diagnóstico oportuno, orienta a tomada de decisão e contribui para melhores desfechos maternos em situações de urgência e emergência (FEBRASGO, 2025; WHO, 2025).

PREVENÇÃO ATIVA

A prevenção da HPP constitui um dos pilares fundamentais para a redução da mortalidade materna e o fortalecimento da segurança obstétrica. Embora uma parcela significativa dos episódios hemorrágicos ocorra em mulheres sem fatores de risco previamente identificados, aquelas que os apresentam podem sofrer hemorragias mais graves e potencialmente fatais. Nesse cenário, as diretrizes atuais recomendam a adoção de medidas preventivas universais durante a assistência ao parto, com intervenções clínicas baseadas em evidências, protocolos padronizados e estratégias organizacionais capazes de garantir resposta imediata diante dos primeiros sinais de sangramento excessivo (FEBRASGO, 2025; WHO, 2025).

Entre as ações preventivas disponíveis, o manejo ativo do terceiro período do parto permanece como a intervenção de maior impacto na redução da incidência de HPP. Essa estratégia inclui, principalmente, a administração profilática de uterotônicos logo após o parto. A

ocitocina é considerada o agente de primeira escolha devido à sua eficácia comprovada em promover a contração uterina e reduzir a hemorragia, a necessidade de hemotransusão e a realização de procedimentos invasivos para controle do sangramento. Ademais, as principais medidas preventivas incluem clampeamento oportuno do cordão umbilical, tração controlada do cordão, massagem uterina após a dequitação, indicação criteriosa e seletiva da episiotomia, incentivo ao contato pele a pele entre mãe e recém-nascido na primeira hora de vida e a contra-indicação absoluta da manobra de Kristeller (EVENSEN *et al.*, 2017; FEBRASGO, 2025).

A prevenção efetiva também depende da percepção antecipada de condições clínicas que possam aumentar a vulnerabilidade materna aos efeitos da perda sanguínea. Diante disso, o acompanhamento pré-natal deve contemplar a investigação e o tratamento da anemia, a avaliação de antecedentes hemorrágicos e a detecção de doenças obstétricas associadas a maior risco de sangramento. A correção dessas condições antes do parto otimiza as reservas fisiológicas maternas e reduz a probabilidade de complicações graves diante de um evento agudo, reforçando a importância de uma abordagem preventiva contínua ao longo da gestação (EVENSEN *et al.*, 2017; WHO, 2025).

Além do manejo clínico, a implementação efetiva das recomendações preventivas requer estratégias institucionais que garantam a adesão das equipes assistenciais às melhores práticas. Evidências recentes demonstram que treinamentos periódicos, diretrizes estruturadas, monitoramento de indicadores e programas de melhoria da qualidade contribuem significativamente para o reconhecimento precoce dos casos e a redução de resultados adversos. Essas medidas ampliam a capacidade dos serviços de saúde para prevenir, detectar e tratar oportunamente a HPP, principalmente em ambientes

com elevada demanda obstétrica (SEMRAU *et al.*, 2025; FEBRASGO, 2025).

Considera-se fundamental incentivar a presença de um acompanhante para auxiliar na identificação de sinais de alerta, reforçando o cuidado compartilhado. Outro aspecto essencial da prevenção ativa consiste na atenção permanente durante o trabalho de parto e no puerpério imediato. A observação da contratilidade uterina, da integridade placentária e da quantidade de sangramento permite identificar alterações iniciais antes da instalação de quadros graves. Associada à quantificação objetiva da perda sanguínea e à pronta disponibilidade de recursos terapêuticos, essa avaliação sistemática favorece condutas mais imediatas e eficazes, reduzindo a progressão para choque hemorrágico e outras complicações potencialmente fatais (FEBRASGO, 2025; SEMRAU *et al.*, 2025; WHO, 2025).

Assim, a prevenção ativa da HPP deve ser compreendida como um conjunto integrado de ações que envolve um cuidado pré-natal qualificado, manejo ativo do terceiro período do parto, vigilância rigorosa da puérpera e fortalecimento dos sistemas de saúde. A aplicação consistente dessas estratégias representa uma das medidas mais efetivas para a redução da morbimortalidade materna e permanece como prioridade nas recomendações internacionais para a assistência obstétrica contemporânea (EVENSEN *et al.*, 2017; WHO, 2025).

MANEJO CLÍNICO E CIRÚRGICO

A abordagem da HPP deve ser iniciada imediatamente após o reconhecimento da perda sanguínea anormal ou da instabilidade hemodinâmica materna, uma vez que o atraso na instituição do tratamento está diretamente relacionado ao aumento da morbimortalidade. As diretrizes atuais recomendam a adoção de protocolos padronizados capazes de integrar uma avaliação clínica rápida, monitorização conti-

nua, identificação da etiologia do sangramento e implementação sequencial de medidas terapêuticas. Nesse contexto, a atuação coordenada da equipe multiprofissional constitui elemento fundamental para garantir intervenções efetivas (FEBRASGO, 2025; WHO, 2025).

A fase inicial do manejo envolve a estabilização clínica por meio da avaliação das vias aéreas, da respiração e da circulação, associada à monitorização dos sinais vitais, à obtenção de acessos venosos calibrosos e à reposição volêmica, conforme necessário. Paralelamente, deve-se proceder à investigação sistemática das possíveis causas, utilizando a regra dos 4 Ts, que permite a identificação rápida dos mecanismos responsáveis pelo sangramento. A quantificação objetiva da perda sanguínea e a reavaliação clínica contínua são indispensáveis para orientar a progressão das condutas assistenciais e evitar a evolução para uma condição crítica de instabilidade hemodinâmica e hipoperfusão tecidual (ESCOBAR *et al.*, 2022; WHO, 2025).

Nos quadros relacionados à atonia uterina, principal causa de HPP, as medidas de primeira linha incluem massagem uterina bimanual e administração escalonada de agentes uterotônicos. A ocitocina permanece como o fármaco preferencial, podendo ser associada à metilergometrina, contraindicada na presença de doença hipertensiva, e ao misoprostol, além de adjuvantes, como o ácido tranexâmico, conforme a resposta clínica e a disponibilidade. Simultaneamente, devem ser corrigidos fatores que possam comprometer a contratilidade do útero, como retenção placentária, distensão vesical ou alterações metabólicas. A rápida instituição dessas intervenções aumenta significativamente as chances de controle da hemostasia, evitando procedimentos invasivos adicionais (ESCOBAR *et al.*, 2022; FEBRASGO, 2025).

Quando o sangramento persiste apesar da abordagem clínica inicial, indica-se a adoção de medidas mecânicas. Entre as opções, destacam-

se o balão de tamponamento intrauterino e outros dispositivos capazes de exercer compressão direta sobre o leito hemorrágico. Essas estratégias têm demonstrado elevada eficácia, reduzindo a necessidade de abordagem cirúrgica, sobretudo quando instituídas rapidamente e associadas aos medicamentos adequados (KELLIE *et al.*, 2020).

Na ausência de resposta satisfatória ao tratamento conservador, o manejo cirúrgico passa a ser indicado. As opções incluem suturas uterinas compressivas, ligadura de artérias uterinas ou hipogástricas e procedimentos de radiologia intervencionista. A escolha depende da condição clínica, da etiologia da hemorragia, da experiência da equipe e dos recursos existentes no serviço de saúde. Essas técnicas têm como objetivo primordial preservar a vida materna e, sempre que possível, manter a fertilidade futura (ESCOBAR *et al.*, 2022; KELLIE *et al.*, 2020).

A histerectomia obstétrica constitui a medida definitiva para controle do sangramento refratário. Sua realização não deve ser postergada quando as alternativas conservadoras se mostram ineficazes ou a condição clínica da mulher se deteriora rapidamente. A intervenção deve ocorrer antes do desenvolvimento da tríade letal hemorrágica, caracterizada por coagulopatia, hipotermia e acidose. Embora esteja associado à perda irreversível da fertilidade, sua indicação precoce, em situações selecionadas, pode ser determinante para a sobrevida materna. As diretrizes contemporâneas reforçam que a tomada de decisão deve priorizar a segurança, evitando a persistência de tentativas terapêuticas sem perspectiva real de sucesso (WHO, 2025; FEBRASGO, 2025).

Portanto, o protocolo de abordagem da HPP deve seguir uma lógica progressiva que se inicia com medidas clínicas de estabilização e tratamento etiológico, avança, na ausência de resposta satisfatória, para intervenções mecânicas, e nos casos refratários, culmina em proce-

dimentos cirúrgicos. A aplicação sistemática de protocolos baseados em evidências, associada ao treinamento contínuo das equipes assistenciais, permanece como uma das estratégias mais eficazes para reduzir complicações graves e melhorar os desfechos maternos relacionados a essa importante emergência obstétrica (WHO, 2025; ESCOBAR *et al.*, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à HPP é fundamental para assegurar a saúde da mulher, não apenas pela sua frequência, mas pelo potencial de rápida evolução para desfechos graves quando não reconhecida e tratada adequadamente. Embora os avanços científicos tenham ampliado as possibilidades terapêuticas, sua aplicação depende da capacidade dos serviços de saúde de incorporá-los de forma sistemática à prática segura e humanizada, por meio de profissionais qualificados, disponibilidade de insumos críticos, acesso a suporte transfusional e intervenções especializadas. Dessa forma, a consolidação da assistência obstétrica torna-se fundamental para reduzir a morbimortalidade por hemorragia puerperal (FEBRASGO, 2025; WHO, 2023).

A compreensão da HPP como uma emergência tempo-dependente reforça a importância da integração entre capacitação técnica, vigi-

lância clínica contínua e tomada de decisão imediata. O reconhecimento precoce dos sinais de deterioração materna, integrado à utilização de protocolos estruturados, favorece intervenções oportunas, reduzindo a probabilidade de progressão para insuficiência orgânica e necessidade de procedimentos radicais. Portanto, a organização dos fluxos assistenciais assume um papel tão essencial quanto a disponibilidade de recursos terapêuticos (FEDERSPIEL *et al.*, 2023).

Em síntese, a redução da morbimortalidade associada à HPP está vinculada à crescente valorização das estratégias integradas de cuidado. Evidências recentes demonstram que a combinação de métodos diagnósticos padronizados, identificação rápida da etiologia, monitoramento sistemático e intervenções escalonadas produz resultados superiores quando comparada à adoção isolada de medidas específicas. Essa perspectiva reforça a importância de uma abordagem multidimensional, que articule prevenção, diagnóstico e manejo em um modelo assistencial baseado em evidências, para otimizar os resultados clínicos e fortalecer a segurança materna na prática obstétrica contemporânea (FEDERSPIEL *et al.*, 2023; YUNAS *et al.*, 2025).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Quantitative Blood Loss in Obstetric Hemorrhage: ACOG Committee Opinion, Number 794. *Obstetrics and Gynecology*, v. 134, n. 6, p. 150-156, 2019. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003564.
- BIENSTOCK, J. *et al.* Postpartum Hemorrhage. *The New England Journal of Medicine*, v. 384, n. 17, p. 1635-1645, 2021. DOI: 10.1056/NEJMr1513247.
- ESCOBAR, M. *et al.* FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 157, Suppl. 1, p. 3-50, 2022. DOI: 10.1002/ijgo.14116.
- EVENSEN, A. *et al.* Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment. *American Family Physician*, v. 95, n. 7, p. 442-449, 2017.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Hemorragia pós-parto. 3. ed. São Paulo: Febrasgo; 2025.
- FEDERSPIEL, J. *et al.* Postpartum hemorrhage protocols and benchmarks: improving care through standardization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, v. 5, n. 2S, p. 100740, 2023. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2022.100740.
- GIOULEKA, S. *et al.* Postpartum Hemorrhage: A Comprehensive Review of Guidelines. *Obstetrical & Gynecological Survey*, v. 77, n. 11, p. 665-682, 2022. DOI: 10.1097/OGX.0000000000001061.
- KELLIE, F. *et al.* Mechanical and surgical interventions for treating primary postpartum haemorrhage. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 7, n. 7, CD013663, 2020. DOI: 10.1002/14651858.CD013663.
- MOHAMED, T. *et al.* Recognition and Management of Postpartum Hemorrhage. *Maternal-Fetal Medicine*, v. 7, n. 1, p. 29-37, 2025. DOI: 10.1097/FM9.000000000000025.
- SEMRAU, K. *et al.* Implementation strategies for WHO guidelines to prevent, detect, and treat postpartum hemorrhage. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2, n. 2, CD016223, 2025. DOI: 10.1002/14651858.CD016223.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115637>. Acesso em: 07/07/2026.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). A Roadmap to combat postpartum haemorrhage between 2023 and 2030. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081802>. Acesso em: 07/07/2026.
- YUNAS, I. *et al.* Effects of combinations of diagnostic and treatment strategies for postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 6, n. 6, CD016259, 2025. DOI: 10.1002/14651858.CD016259.