

Edição XXIII

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 54

HEMORRAGIA PÓS-PARTO: A HORA DE OURO COMO PILAR NA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

GIOVANNA MARCHETTI¹
BEATRIZ LUANA BARATTER DO CARMO¹
FABRINE DADAM RISTOW¹
PEDRO CARRIÓN CARVALHO¹

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

Palavras-chave: Hemorragia Pós-Parto; Atonia Uterina; Saúde Materna.

INTRODUÇÃO

A hemorragia pós-parto (HPP) é considerada quando há perda sanguínea de volume igual ou superior a 500 mL, com origem na via genital, em até 24 horas após o parto, podendo ser classificada em leve, quando há sangramento entre 500 e 1000 mL, ou maior, quando superior a 1000 mL (MAVRIDES *et al.*, 2017). Ainda, é factível categorizar a HPP maior em moderada, em que a perda sanguínea é superior a 1000 mL, mas inferior a 2000 mL, ou severa, se o volume perdido for superior a 2000 mL (MAVRIDES *et al.*, 2017). Ademais, a HPP pode ser definida como secundária caso haja sangramento pelo trato genital, de forma incomum ou abundante, entre 24 horas e 12 semanas após o nascimento do bebê (MAVRIDES *et al.*, 2017).

A HPP é considerada uma complicação extremamente prevalente e, muitas vezes, fatal, sendo a etiologia de cerca de 20% das mortes maternas, constituindo a maior causa destas em países de baixa renda (WHO, 2025). Sua incidência varia entre 1% e 10% dos partos, sendo responsável por aproximadamente 80.000 mortes por ano no globo (ALVES *et al.*, 2024). Diversos fatores de risco, que podem ser evidenciados durante o acompanhamento pré-natal ou trabalho de parto, estão associados a maiores chances de desenvolvimento dessa complicação e devem ser elucidados para que o plano de cuidados se ajuste às condições da gestante, visando a sua prevenção (MAVRIDES *et al.*, 2017).

Dentre os principais fatores de risco, deve-se citar: gestação múltipla, HPP prévia, pré-eclâmpsia, macrossomia fetal, falha na progressão da segunda fase do trabalho de parto, terceira fase do trabalho de parto prolongada, placenta retida, placenta acreta, episiotomia, laceração de períneo e anestesia geral (MAVRIDES *et al.*, 2017).

DES *et al.*, 2017). Tais fatores podem ser agrupados em grandes grupos etiológicos, conhecidos como “os quatro T’s”, que correspondem a tônus, trauma, tecido e trombina, sendo a ausência de tônus uterino o mais frequente (MAVRIDES *et al.*, 2017). Além disso, estudos demonstraram que a episiotomia, o uso de fórceps e o segundo estágio do trabalho de parto prolongado foram associados à HPP leve, ao passo que episiotomia e anemia prévia tiveram como resultado a HPP grave (PACAGNELLA *et al.*, 2021).

Embora os ricos e diversificados protocolos demonstrem diferentes formas de prevenção, diagnóstico e manejo da HPP, as intervenções possivelmente não são realizadas de forma tão eficiente e ágil, principalmente em razão de atraso diagnóstico, de inconsistências e obstáculos enfrentados pelas instituições de saúde, como a infraestrutura deficitária (WHO, 2025), e de abordagem pré-natal superficial, impedindo a identificação e negligenciando fatores de risco de relevância expressiva para a complicação, o que reflete no número alarmante de casos e óbitos.

Logo, o objetivo deste estudo foi analisar os principais protocolos voltados para o manejo da HPP, elaborados pelas Federações Internacional e Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO e FEBRASGO) e pelo Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas (RCOG), integrando medidas e intervenções para o controle e prevenção de agravamento e óbito, especialmente relacionados à atonia uterina, com o intuito de determinar estratégias mais eficazes e padronizadas que contribuam para a melhoria da assistência materna e a redução da morbimortalidade associada à HPP.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura sobre prevenção e manejo da HPP. A

busca bibliográfica foi realizada por meio da consulta a diretrizes e protocolos de referência, incluindo documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e do Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas (RCOG). Complementarmen- te, foram consultados artigos científicos inde- xados que abordavam fatores de risco, preven- ção e estratégias terapêuticas para a hemorragia pós-parto.

Foram incluídos documentos publicados em português e inglês, priorizando diretrizes, consensos, estudos observacionais e artigos de revisão com relevância clínica para o tema. As informações selecionadas foram analisadas de forma descritiva e organizadas de acordo com os principais aspectos relacionados à preven- ção, diagnóstico e tratamento da HPP, com ênfase na atonia uterina.

Prevenção durante o pré-natal

O manejo da HPP e, principalmente, das suas complicações, se inicia durante o pré-natal, com foco na identificação precoce e prevenção de anemia. Segundo a FIGO, o acompanha- mento com avaliação periódica de exames como hemograma completo possibilita o diag- nóstico da anemia, um grande fator de risco, permitindo a admissão de condutas rápidas e eficazes para a correção da deficiência. Ade- mais, é de prescrição comum a todas as gestan- tes a suplementação diária de sulfato ferroso, idealmente contendo de 30 a 60 miligramas (mg) de ferro elementar, como forma essencial de prevenção à anemia durante a gestação e o puerpério.

Prevenção intraparto

A profilaxia com uterotônicos durante o terceiro estágio do trabalho de parto é consen- sualmente recomendada, sendo a ocitocina na

dose de dez (10) Unidades Internacionais (UI) via intramuscular o fármaco de primeira escolha. A FIGO ainda contraindica o uso de metilergometrina e ácido tranexâmico para a prevenção da HPP, medicamentos utilizados durante o manejo da condição quando já estabe- lecida, devido ao risco de efeitos adversos severos, principalmente relacionados a quadros hipertensivos (metilergometrina) e eventos tromboembólicos (ácido tranexâmico).

A hora de ouro

A hora de ouro é definida pela FEBRASGO como o período de até uma hora após o diagnóstico da HPP, em que deve ser iniciado o manejo da complicação, incluindo as medidas iniciais de suporte, obtenção de acessos venosos calibrosos e coleta de amostras para realização de exames laboratoriais (tipagem sanguínea, hemograma e coagulograma com fibrinogênio), e estimativa da perda sanguínea. Nesse viés, os profissionais devem estar cientes de que a estimativa visual da perda sanguínea periparto é frequentemente imprecisa e, portan- to, sinais e sintomas clínicos também devem ser incluídos na avaliação. Nos casos de HPP leve (500 a 1000 mL, sem sinais de choque hemor- rágico), recomenda-se acesso venoso calibroso, coleta urgente de exames, monitorização frequente dos sinais vitais e infusão de crista- loides aquecidos. Nos casos de HPP grave (superior a 1000 mL, sangramento contínuo ou sinais de choque hemorrágico), além da avalia- ção das vias aéreas, respiração e circulação, deve-se manter a paciente aquecida, iniciar transfusão sanguínea precoce, quando indicada, e realizar reposição volêmica rápida com até 3,5 litros de fluidos aquecidos (2 litros de crista- loides isotônicos seguidos de até 1,5 litro de coloides, se necessário), evitando hidroxietila- mido. A infusão deve ser feita com equipamen- tos adequados para aquecimento e rapidez,

sem uso de filtros especiais que retardam a administração. Não existem critérios rígidos para iniciar a transfusão de hemácias, devendo a decisão basear-se tanto na avaliação clínica quanto hematológica, embora a transfusão de sangue seja quase sempre necessária quando a hemoglobina é inferior a 60 g/L.

Neste capítulo, será abordado o manejo da causa mais comum de HPP, a atonia uterina. A abordagem inicial consiste em massagem uterina sustentada ou compressão uterina bimanual, a qual deve ser performada através das mãos de Chatrapitak ou de Hamilton, quando a paciente estiver anestesiada ou tolerar o procedimento, recomendação dada pela FEBRASGO. A compressão aórtica externa é recomendada como medida temporária até que o tratamento adequado esteja disponível. Ademais, o uso de traje anti-choque não pneumático (TAN) pode ser uma ferramenta importante em casos de necessidade de aguardar a transferência para serviço de cuidados superiores. O principal benefício do TAN é a redução da velocidade do sangramento, o que pode reduzir a necessidade de hemotransfusão e de cirurgias adicionais. Em até três horas após o parto, deve ser feita a administração de ácido tranexâmico na dose de um grama, podendo ser administrada uma segunda dose se houver persistência do sangramento após 30 minutos. A administração em tempo superior a três horas após o parto não parece ter benefícios. Além disso, deve ser iniciada a administração de 20 a 40 unidades de ocitocina em 500 mL de cristaloídes, de 125 a 250 mL/hora. Caso o uso de ocitocina não seja efetivo, opta-se pela tentativa com outros uterotônicos. A metilergometrina deve ser empregada como segunda opção e, em casos de falha, a terceira linha é a prostaglandina, que tem recomendações variadas entre os protocolos. A FEBRASGO orienta a administração de 800 a 1.000 microgramas de misoprostol, por via

retal, enquanto o RCOG recomenda o uso de 800 microgramas via sublingual.

Na ineficácia do tratamento farmacológico, as intervenções mecânicas passam a ser aplicadas. O tamponamento com balão uterino é uma das medidas utilizadas, podendo permanecer por até 24 horas, a não ser que o sangramento seja controlado e a puérpera se encontre estável, quando se recomenda a retirada em 12 horas. Outras medidas mais recentes, com o uso de dispositivos intrauterinos para controle hemorrágico induzido por vácuo são citadas pela FEBRASGO como alternativa invasiva não cirúrgica, garantindo a remoção contínua do sangue intrauterino, contratilidade do útero e compressão dos vasos do miométrio, o que resulta em rápida contenção da hemorragia. A FIGO não recomenda o tamponamento uterino com gaze simples ou revestida com agentes hemostáticos.

Nos casos refratários ao tratamento farmacológico, opta-se por intervenções invasivas definitivas, sendo a embolização de artéria uterina a medida recomendada, um procedimento altamente especializado, o que limita seu uso a centros de saúde que disponham de equipe capacitada. Se a hemorragia ainda for persistente, as intervenções cirúrgicas são recomendadas, iniciando com suturas compressivas, depois ligadura de vasos (uterinos, útero-ovárico e hipogástricos) e, por último, histerectomia subtotal ou total. As suturas uterinas compressivas mais utilizadas incluem as técnicas de Schnarwyler (a primeira descrita, no ano de 1996), B-Lynch, Cho, Hayman, Bhal, Pereira, Ouabha, Hackethal, Meydanli, Marasinghe-Condous, Matsubara-Yano e Zheng (ALVES *et al.*, 2014). Dentre estas, a técnica de B-Lynch, na qual são realizadas duas suturas longitudinais ao longo do eixo longitudinal do útero, promovendo compressão uterina e controle da hemorragia, associadas à histerotomia segmentar transversa para remoção de coágulos e

facilitar o procedimento (AL RIYAMI *et al.*, 2011), é mais estudada, com maior número de casos de sucesso (ALVES *et al.*, 2014). Além disso, a técnica de Cho, que envolve a aplicação de quadrados hemostáticos nas regiões uterinas de sangramento importante, parece ter melhores resultados na contenção do quadro hemorrágico quando de origem no trato genital inferior (ALVES *et al.*, 2014). Ainda, destaca-se a técnica de Pereira, que envolve a sutura restrita às camadas serosas e no miométrio subseroso, evitando a entrada a cavidade do uterina, fato que está associado a menor risco de infecção (ALVES *et al.*, 2014). Apesar de muito eficazes na contenção hemorrágica, as suturas uterinas compressivas podem ocasionalmente estar envolvidas em complicações, como piométrio, necrose uterina isquêmica, aderências pélvicas, sinéquias uterinas, maior risco de rotura uterina em gestações futuras e outras (ALVES *et al.*, 2014).

Embora não seja citada pelos protocolos, a cirurgia de controle de danos pode ser aplicada como alternativa terapêutica em caso de persistência do sangramento mesmo após a histerectomia. A estratégia consiste em tamponamento abdominopélvico, com o objetivo de garantir controle hemorrágico, para estabilização hemodinâmica e posterior reparo definitivo (KOSTOV *et al.*, 2025). Todavia, apesar de ser uma alternativa viável em quadros graves de HPP refratária às demais opções terapêuticas, os estudos acerca de sua aplicação com esse objetivo são escassos (YOSHIDA *et al.*, 2020).

A HPP é uma condição complexa e de alta gravidade, o que exige abordagens terapêuticas específicas desde o pré-natal. Essas estratégias representam uma combinação dos protocolos analisados e associam medidas eficazes para a estabilização da paciente e posterior abordagem definitiva, sendo essencial uma conduta especializada e individualizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL RIYAMI N., *et al.* Uterine compression sutures as an effective treatment for postpartum hemorrhage: case series. *American Journal of Perinatology*, v. 1, p. 47-52, 2011. DOI: 10.1055/s-0031-1280570.

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

ALVES A.L.L., *et al.* Uso de suturas uterinas compressivas na hemorragia pós-parto. *Revista Femina*, v. 42, p. 266-276, 2014.

KOSTOV, S. *et al.* Damage control surgery in obstetrics and gynecology: abdomino-pelvic packing in multimodal hemorrhage management. *Journal of Clinical Medicina*, v. 15, p. 7207, 2025. DOI: 10.3390/jcm14207207.

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

PACAGNELLA, R.C. *et al.* Fatores de risco para hemorragia pós-parto e suas formas graves com perda sanguínea avaliada objetivamente – Um estudo de Coorte prospectivo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 43, p. 113-118, 2021. DOI: 10.1055/s-0040-1718439.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO, 2025.

YOSHIDA K. *et al.* Successful Perioperative Management with Damage Control Surgery in a Patient with Massive Postpartum Hemorrhage of more than 20,000 mL. *Case Reports in Anesthesiology*, v. 2020, p. 1-4, 2020. DOI: 10.1155/2020/8872925.