




CAPÍTULO 4

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA NO MANEJO CLÍNICO-ASSISTENCIAL DA HEMORRAGIA PÓS PARTO

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.799162512084>

Iago Prina Rocha

Mestre em Ciências da Saúde
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Lucas Souza Ventura

Mestre em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Karine Lins Hora Carvalho

Mestrado Profissional em Enfermagem
Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

Evelyn Gabriele Santos Macêdo

Acadêmica em Medicina
Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

Débora Fernanda da Silva Ribeiro

Acadêmica em Medicina
Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

Karla Sande Souza

Acadêmica em Medicina
Faculdade Santo Agostinho de Itabuna (FASAI)

Larissa Souza Santana

Acadêmica em Medicina
Faculdade Santo Agostinho de Itabuna (FASAI)

Danilo Rocha Santos Caracas
Acadêmica em Medicina
Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

Maria Luiza Santos Vasconcelos
Acadêmica em Medicina
Faculdade Santo Agostinho de Itabuna (FASAI)

Rebeca Rodrigues Araujo
Acadêmica em Medicina
Faculdade Santo Agostinho de Itabuna (FASAI)

Lis Borges Torquato
Acadêmica em Medicina
Universidade Tiradentes de Aracaju-BA (Unit SE)

Lara Brito de Souza
Acadêmica em Medicina
Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

Thaís Barros Do Carmo
Mestre em Enfermagem e Saúde
Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

INTRODUÇÃO

Define-se como Hemorragia Pós-Parto (HPP) a perda sanguínea acima de 500 mL, após o quarto período do trabalho de parto vaginal, ou acima de 1.000 mL, após a cesárea, em 24 horas. Considera-se HPP também qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica, ou perda sanguínea dentro do útero levando a distensão uterina (Hariharan, 2017; Colalillo *et al.*, 2021).

Sabe-se que a prevenção e controle da HPP, inicia-se no manejo clínico do terceiro estágio do trabalho de parto, período de maior risco para síndromes hemorrágicas. A HPP caracteriza-se como emergência clínica que se desenvolve rapidamente para intervenção cirúrgica, tornando-se evento de grande relevância clínica e obstétrica, assumindo alta incidência e potencial de gravidade, elevando índices de mortalidade materna que avalia esses indicadores (Franke *et al.*, 2021).

Reconhece-se que uma equipe treinada e capacitada para reconhecer os sintomas e transtornos da hemorragia pós-parto e agir precocemente de modo a

evitar a evolução desfavorável mostrou-se como os métodos não invasivos podem ser colocados em plano terapêutico (Alves *et al*, 2020). Assim, visando melhorar a assistência obstétrica em relação à HPP, o Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), publicou um documento que incluiu uma proposta de estratificação de risco para HPP que seria a estratificação das gestantes em três grupos (baixo, médio e alto risco para HPP) e, para cada grupo, sugere-se um pacote de cuidados (Esmeraldo *et al.*, 2023; Silva, 2024).

Recomenda-se que a estratificação de risco para HPP seja contínua em todas as avaliações das gestantes feitas durante a internação para o parto, seja cesáreo ou vaginal, em decorrência da possibilidade de mudança no cenário clínico da parturiente durante qualquer momento do ciclo gravídico-puerperal. Vale salientar que a estratificação de risco durante ao periparto não substitui os cuidados para se evitar um quadro hemorrágico, nem deve induzir relaxamento da equipe na aplicação das medidas profiláticas e das boas práticas assistenciais de saúde no cuidado obstétrico (Osanan *et al.*, 2019).

Evidencia-se que a HPP pode acontecer após a expulsão do concepto nas primeiras horas ou estender-se até períodos mais longos, ou seja, quanto maior a perda de sangue, maiores serão as alterações fisiopatológicas e danos na instabilidade hemodinâmica da parturiente (Villamar *et al*, 2019; Borovac-Pinheiro, 2021). O pós-parto exige da equipe de saúde exame físico e verificação de sinais e sintomas constantes para subsidiar a avaliação e identificação de possíveis anormalidades que podem surgir e/ou agravar as adaptações fisiológicas, possibilitando identificar e verificar complicações maternas (Villamar *et al*, 2019; Da Costa Matos *et al*, 2024).

Percebe-se que a equipe de saúde que atua em obstetrícia precisa ser treinada para ser capaz de reconhecer os primeiros sinais e sintomas da HPP, pois eles estão prestando assistência direta a parturiente, podendo dessa maneira intervir de maneira ágil e eficiente para controlar a hemorragia, promovendo saúde e reduzindo então a mortalidade materna (Fumero *et al*, 2020). Sendo assim, o objetivo deste estudo é refletir sobre a terapêutica farmacológica no manejo clínico-assistencial da hemorragia pós-parto.

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DA HEMORRAGIA PÓS PARTO

Verifica-se que a Hemorragia uterina obstétrica relacionada ao pós-parto é uma emergência comum nas maternidades e nos serviços que prestam cuidado e atenção as gestantes e puérperas, sua ocorrência é passível de prevenção e suas complicações podem levar a morbimortalidade materna. O sangramento uterino aumentado no periparto pode causar hipovolemia e manifestações clínicas de instabilidade hemodinâmica que são características principais para o levantamento diagnóstico da HPP. O diagnóstico baseia-se no reconhecimento de um sangramento maior do que o esperado ao exame físico da paciente (Villamar *et al*, 2019; Fumero *et al*, 2020).

A HPP pode ser classificada a partir do tempo de sua ocorrência ou intensidade, relacionada ao tempo considera-se Hemorragia Pós-Parto Primária aquela que acontece nas 24 horas a seguir do parto, secundária é aquela que ocorre depois de 24 horas do parto que tenha sido relacionada a um dos fatores causadores de hemorragia uterina (Da Costa Matos *et al*, 2024).

A HPP mesmo acontecendo de maneira precoce ou tardia constitui-se na principal causa de morte materna direta em todo mundo. Se classificada quanto a intensidade ela pode ser considerada súbita e excessivamente abundante, a moderada, mas persistente, pode continuar por dias ou até seis semanas após o parto (Borovac-Pinheiro, 2021).

Total de Óbitos maternos	N=15.121	(%)
Durante a gravidez, parto ou aborto	4.645	30,71%
Durante o puerpério, até 42 dias	8.354	55,24%
Durante o puerpério, de 43 dias a menos de 1 ano	728	4,81%
Não na gravidez ou no puerpério	259	1,71%
Período informado inconsistente	171	1,13%
Não informado ou ignorado	964	6,37%

Tabela 1 - Óbitos maternos por Ano do Óbito segundo Morte (Período: 2010-2018)

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Para melhor classificação dos óbitos maternos, o ministério da saúde oferece esses dados distribuídos segundo subcategorias maternas, onde indicam o tempo que ocorreu a hemorragia, se no intraparto, anteparto ou pós-parto e até mesmo qual período do trabalho de parto ocorreu o sangramento (Esmeraldo *et al.*, 2023). A tabela abaixo apresenta esses dados do período de 2010 a 2018 obtidos por meio das notificações disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade por meio do DATASUS.

O20 Hemorragia do início da gravidez	N=10	(%)
-.8 Outras hemorragias do início da gravidez	3	30%
-.9 Hemorragia do início da gravidez NE	7	70%
O46 Hemorragia anteparto NCOP	N=118	(%)
-.0 Hemorragia anteparto c/déficit de coagulação	46	38,98%
-.8 Outras formas de hemorragia anteparto	5	4,23%
-.9 Hemorragia anteparto NE	67	56,77%
O67 Trabalho parto completo hemorragia intraparto NCOP	N=116	(%)

-0 Hemorragia intraparto c/ deficiência de coagulação	57	49,13%
-8 Outras hemorragias intraparto	15	12,93%
-9 Hemorragia intraparto NE	44	37,93%
O72 Hemorragia pós-parto	N=915	(%)
-0 Hemorragia do terceiro estágio	133	14,53%
-1 Outras hemorragias do pós-parto imediato	536	58,57%
-2 Hemorragias pós-parto tardio e secundário	91	9,94%
-3 Deficiência de coagulação pós-parto	155	16,93%

Tabela 2 - Óbitos maternos segundo Subcategorias maternas Período: 2010-2018

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

De acordo o Sistema de Informações sobre Mortalidade o maior número de óbitos maternos foi causado pela Hemorragia pós-parto, foi verificado um total de (n=915) casos nos anos de 2010 a 2018. O segundo lugar ficou para os óbitos causados por Hemorragia Anteparto Não Classificada em Outra Patologia (NCOP) com um total de (n=118) casos notificados, em terceiro lugar tem-se as hemorragias intraparto não classificada em outra patologia com (n=116) casos, por fim as Hemorragias do início da gravidez representaram apenas (n=10) casos (Da Costa Matos *et al*, 2024).

São muitas as causas da hemorragia uterina após o trabalho de parto, durante o período expulsivo pode-se observar sangramento elevado em diversas situações, no trabalho de parto prolongado associado a infecção uterina, no descolamento prematuro de placenta, apoplexia uterina, parto taquitócico, uso indiscriminado de ocitocina, retirada manual da placenta, anestesia geral e uso incorreto de sulfato de magnésio. Existem outros fatores sistêmicos relacionados ao controle da hemorragia do local de inserção da placenta que podem influenciar no sangramento intenso (Ortiz *et al*, 2019).

Existem outros fatores que podem levar a hemorragia no intra e pós-parto, como causas menos comuns tem-se a inversão uterina, acretismo placentário e traumas no trajeto genital que decorre de lacerações no períneo ou colo do útero, episiotomia ou ruptura uterina. Fatores contributivos para atonia uterina como retenção placentária e coágulos também podem levar a HPP (Osanan *et al*, 2018).

Aponta-se que as complicações associadas a HPP podem ser prevenidas se a equipe frente a estas situações souberem qual o manejo clínico correto para redução da morbimortalidade materna no processo assistencial. A assistência prestada pela equipe de saúde durante a iminência do risco ou situação de hemorragia pós-parto deve ser rápida, resolutiva e eficaz. O profissional pode garantir uma avaliação dos cuidados e resultados de todas ações para controle da HPP (Ruiz *et al*, 2023).

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA E MANEJO DA HEMORRAGIA PÓS PARTO

Verifica-se que o processo fisiológico do parto envolve contrações uterinas que promovem a vasoconstrição dos vasos sanguíneos localizados na decídua placentária, quando a contração e retração uterina são ineficazes, ocorre atonia, levando à perda sanguínea volumosa e persistente. Outros fatores etiológicos incluem trauma do canal de parto, retenção de restos placentários e distúrbios de coagulação. Nesse contexto, os agentes farmacológicos empregados têm como objetivo principal induzir ou potencializar a contratilidade uterina, favorecer a hemostasia local e corrigir alterações da cascata de coagulação e outros fatores hemodinâmicos (Osanan *et al.*, 2019).

Sabe-se que a principal etiologia da HPP é a atonia uterina, caracterizada pela incapacidade do útero de contrair-se adequadamente após a dequitação placentária. Entretanto, outras causas também devem ser consideradas no diagnóstico clínico, sendo aplicado o modelo das “**4 Ts**”: *tone* (atonia uterina), *trauma* (lacerações do canal de parto, hematomas ou inversão uterina), *tissue* (retenção de restos placentários ou membranas) e *thrombin* (coagulopatias ou distúrbios da hemostasia). Esse raciocínio clínico contribui para a rápida identificação do fator causal e direcionamento do manejo (Andrade *et al.*, 2019; Da Silva *et al.*, 2025).

Aponta-se que o manejo clínico da HPP deve ser precoce, sistematizado e rápido, considerando a gravidade da perda sanguínea e o estado hemodinâmico da paciente. A conduta inicial envolve medidas de estabilização hemodinâmica materna, e obtenção de acesso venoso para reposição volêmica. Indica-se que cristaloides são a primeira escolha para reposição volêmica inicial, evitando a hipovolemia que pode agravar coagulopatias associadas. Ressalta-se que se necessário, pode ser feita transfusão de hemocomponentes, associando concentrados de hemácias, plasma e plaquetas, com base em protocolos de transfusão de cada instituição (Osanan *et al.*, 2018).

Defende-se no âmbito assistencial obstétrico direto que o primeiro passo consiste na realização da massagem uterina bimanual, técnica que estimula a contratilidade uterina e pode reduzir significativamente o sangramento, deve-se também avaliar a presença de lacerações, hematomas e restos placentários. Mostrou-se que para controle da hemorragia pós-parto causada pelo uso incorreto e/ou indevido da episiotomia deve-se analisar o volume da perda sanguínea, a altura, localização e contração uterina, o reconhecimento das causas da hemorragia, a identificação de fatores de risco e os sinais de alerta fundamentais para prevenção e controle da HPP (Fumero *et al.*, 2020).

Evidencia-se que a ocitocina exógena é considerada o agente de primeira linha, devendo ser administrada de forma imediata após o diagnóstico de HPP, devido ao seu caráter sintético hormonal e neurotransmissor. Quando a resposta é insuficiente, podem ser associados outros agentes uterotônicos ou antifibrinolíticos, como: Metilergometrina, Carboprost trometamina ou Misoprostol, conforma protocolo estabelecido pela instituição de saúde de acordo com disponibilidade e contraindicações clínicas. Nos últimos anos, o ácido tranexâmico foi incorporado como adjuvante importante, devendo ser administrado precocemente, preferencialmente até três horas após o início do sangramento, para reduzir a mortalidade materna associada (Delaney *et al.*, 2016).

Observa-se quanto a terapêutica farmacológica na HPP por atonia uterina que a ocitocina se constitui como **fármaco de primeira escolha, considerada base terapêutica tanto na prevenção quanto no tratamento inicial**, por se tratar de um análogo sintético do hormônio endógeno secretado pela neuro-hipófise, cuja ação neurotransmissora ocorre em receptores miometriais acoplados a proteínas G, promovendo aumento do cálcio intracelular e contrações uterinas eficazes. Devido à meia-vida plasmática curta, entre 3 e 5 minutos, é administrada geralmente por infusão contínua, em doses que variam de 20 a 40 UI diluídas em solução cristaloide, ou em dose única de 10 UI por via intramuscular no pós-parto imediato. Embora apresente excelente perfil de segurança, a administração intravenosa rápida pode ocasionar hipotensão, taquicardia reflexa e, em casos raros, intoxicação hídrica em virtude do efeito antidiurético (Da Silva *et al.*, 2025).

Constata-se que a Ergometrina e sua forma semissintética, a Metilergometrina, são indicados em casos refratários à ocitocina. Esses fármacos exercem efeito direto sobre receptores α -adrenérgicos e serotoninérgicos (5-HT₂), induzindo contrações uterinas tônicas e sustentadas, seu início de ação é rápido, ocorrendo em 2 a 5 minutos após administração intravenosa e em cerca de 10 minutos por via intramuscular. A duração do efeito varia de 45 a 180 minutos, sendo metabolizados predominantemente no fígado e eliminados pela bile e rins. Apesar da eficácia, apresentam limitações importantes, já que podem desencadear hipertensão grave, angina e vasoespasma, sendo contraindicados em mulheres com pré-eclâmpsia, hipertensão crônica ou cardiopatias (Betti *et al.*, 2023).

Pontua-se que as prostaglandinas representam o grupo farmacológico relevante para o tratamento da hemorragia pós-parto, especialmente em situações de refratariedade aos uterotônicos convencionais. O carboprost trometamina, análogo da PGF₂ α , atua promovendo intensa contração uterina e é administrado em doses por via intramuscular, repetidas a cada 15 a 90 minutos até o limite de 2 mg. Apesar da eficácia, sua utilização está associada a efeitos adversos como diarreia, febre, rubor e broncoespasmo, o que restringe seu uso em pacientes com doenças pulmonares (Flick *et al.*, 2024).

Ressalta-se que o Misoprostol, um análogo da PGE1, apresenta vantagens por ser termoestável, de baixo custo e administrável por múltiplas vias (oral, sublingual, vaginal ou retal). Sua ação ocorre induzindo contrações uterinas favorecendo hemostasia. Contudo, sua eficácia é considerada inferior à da ocitocina, e efeitos como febre, calafrios e diarreia são frequentes (Koch, 2019; Padilha *et al.*, 2024).

O ácido tranexâmico, antifibrinolítico amplamente estudado nos últimos anos, consolidou-se como terapia adjuvante fundamental no manejo da hemorragia pós-parto. Seu mecanismo de ação baseia-se na inibição da ativação do plasminogênio em plasmina, evitando a degradação da fibrina. A administração precoce, preferencialmente dentro das três primeiras horas após o início da hemorragia, mostrou reduzir significativamente a mortalidade materna por sangramento. A dose usual é de 1 g intravenoso em 10 minutos, com possibilidade de repetição se o sangramento persistir. O fármaco é seguro, com baixa incidência de eventos tromboembólicos, sendo contraindicado apenas em casos de trombose ativa ou coagulopatias intravasculares não tratadas (Lima *et al.*, 2022).

Vale salientar que em casos graves ou refratários às medidas uterotônicas, torna-se necessária a utilização de agentes hemostáticos e terapias de reposição de fatores de coagulação, como plasma e concentrado de fibrinogênio. Além da farmacoterapia, o manejo clínico contempla intervenções mecânicas e cirúrgicas quando o sangramento não é controlado. Entre as medidas conservadoras destacam-se a utilização do balão intrauterino de tamponamento e a compressão bimanual aórtica, enquanto nas situações refratárias pode ser necessária a realização de ligaduras arteriais, embolização de artérias pélvicas ou histerectomia de emergência (Oliveira, 2019; Dalmedico *et al.*, 2022).

Dessa forma, o manejo farmacológico da hemorragia pós-parto deve seguir um fluxo racional baseado em protocolos institucionais, iniciando-se com a administração de ocitocina, seguida de Ergometrina ou prostaglandinas quando necessário, associado precocemente ao **Ácido** tranexâmico para redução de mortalidade. Em situações graves, a reposição de fatores de coagulação e o uso de agentes hemostáticos adicionais podem ser indicados. O conhecimento aprofundado da farmacologia desses fármacos, aliado à atuação integrada da equipe multiprofissional, é fundamental para garantir resposta terapêutica eficaz, prevenir complicações e reduzir os índices de morbimortalidade materna associados a essa emergência obstétrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de saúde deve contribuir com o diagnóstico precoce, a prevenção e o tratamento adequado da HPP, estas ações são essenciais para diminuição dos índices de morbimortalidade materna. Todo o ciclo gravídico puerperal expõe a gestante a riscos variados, a hemorragia pós-parto ainda representa um problema de saúde já que grande parte dos óbitos maternos são decorrentes deste evento.

Evidencia-se que toda a equipe multiprofissional deve estar apta para o manejo rápido e eficaz da HPP, já que na maioria das situações não é identificada até que a mulher apresente sintomas evidentes, quando o tratamento medicamentoso não for eficiente deve-se primeiro tentar medida de intervenção não cirúrgica que responde positivamente ao sangramento uterino e em último caso avaliar necessidade de intervenção cirúrgica.

Observou-se que outro aspecto importante no manejo clínico seria o tempo de intervenção multiprofissional, sabe-se que a hemorragia pós-parto requer tem de ação e resposta coordenada e rápida, envolvendo toda equipe multiprofissional. Portanto, o manejo clínico da hemorragia pós-parto deve ser compreendido como um processo dinâmico, fundamentado em medidas de estabilização hemodinâmica, farmacoterapia e intervenções obstétricas ativas. O êxito no controle do sangramento depende não apenas da disponibilidade de recursos terapêuticos, mas também da implementação de protocolos assistenciais baseados em evidências e da capacitação contínua das equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, Álvaro Luiz Lage *et al.* Hemorragia pós-parto: prevenção, diagnóstico e manejo não cirúrgicos. **Femina**, p. 671-679, 2020.

ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento *et al.* Validação de cenário de simulação clínica no manejo da hemorragia pós-parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 624-631, 2019.

BETTI, Thaís *et al.* Prevalência dos fatores de risco para hemorragia pós-parto primária em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20220134, 2023.

BOROVAC-PINHEIRO, A.; RIBEIRO, F. M.; PACAGNELLA, R. C. Risk factors for postpartum hemorrhage and its severe forms with blood loss evaluated objectively-a prospective cohort study. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 43, n. 2, p. 113-118, 2021.

COLALILLO, E. L. *et al.* Obstetric hemorrhage risk assessment tool predicts composite maternal morbidity. **Scientific Reports**, v. 11, n. 1, p. 14709, 2021.

DA COSTA MATOS, Daniel *et al.* Panorama epidemiológico da hemorragia pós-parto no Brasil: Tendências, desafios e intervenções. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 3, p. 302-311, 2024.

DALMEDICO, Michel Marcos *et al.* Tamponamento por balão intrauterino no tratamento da hemorragia pós-parto. **Fisioterapia em Movimento**, v. 35, p. e35617, 2022.

DA SILVA, Érika Maria Alves *et al.* Treinamento de profissionais de saúde por meio da simulação clínica para o manejo da hemorragia pós-parto: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 27, p. 77656-77656, 2025.

DELANEY, Lousa *et al.* Hemorragia pós-parto. **Acta méd**, v. 37, n. 7, 2016.

ESMERALDO, A. G. *et al.* Morbidade da hemorragia pós-parto no brasil: estudo epidemiológico. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, v. 45, p. S969-S970, 2023.

FLICK, Ana Caroline Silva Louzado *et al.* Aspectos atuais do manejo da hemorragia pós-parto. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 11, p. 1138-1158, 2024.

FRANKE, D. *et al.* Retained placenta and postpartum hemorrhage: time is not everything. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 304, n. 4, p. 903-911, 2021.

FUMERO, Silvana Rivera *et al.* Hemorragia pós-parto primária: diagnóstico e tratamento oportuno. **Synergy Medical Journal**, v. 5, não. 6, pág. e512-e512, 2020.

GELLER, S. E. *et al.* A global view of severe maternal morbidity: Moving beyond maternal mortality. **Reproductive Health**, v. 15, p. 98, 2018. Suppl. 1.

HARIHARAN, Uma. Hemorragia pós-parto e hipertensão induzida pela gravidez durante cesariana de emergência em segmento uterino inferior: dexmedetomidina para nosso resgate. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 67, p. 538-540, 2017.

KOCH, Daeska Marcella; RATTMANN, Yanna Dantas. Uso do misoprostol no tratamento da hemorragia pós-parto: uma abordagem farmacoepidemiológica. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, p. eAO5029, 2019.

LIMA, Jorge *et al.* Prevenção do Tromboembolismo Venoso na Gravidez, Parto e Pós-Parto: Norma de Orientação Clínica. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, v. 16, n. 1, p. 75-81, 2022.

OLIVEIRA, Rita de Cássia de; DAVIM, Rejane Marie Barbosa. Prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 236-248, 2019.

ORTIZ, M. Sánchez *et al.* Incidencia y factores de riesgo en la hemorragia postparto precoz. **Apuntes de Ciencia**, v. 1, p. 18-24, 2019.

OSANAN, G. C. *et al.* Hemorragia pós-parto. *In*: FERNANDES, C. E.; SÁ M. F. F. de. **Tratado de obstetrícia Febrasgo**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. p. 944-962.

OSANAN, G. C. *et al.* Strategy for zero maternal deaths by hemorrhage in brazil: a multidisciplinary initiative to combat maternal morbimortality. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, n. 3, p. 103-105, 2018.

PADILHA, K. V. D. *et al.* Internações por hemorragia pós-parto: um retrato do norte do brasil. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, v. 46, p. S1103, 2024.

RUIZ, Mariana Torreglosa *et al.* Quantificação da perda sanguínea para o diagnóstico de hemorragia pós-parto: revisão sistemática e metanálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20230070, 2023.

SILVA, Érika Maria Alves da; OLIVEIRA, Sheyla Costa de; ALVES, Danielle Santos. Avaliação da qualidade de aplicativos móveis sobre o manejo da hemorragia pós-parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, p. e202320263, 2024.

VILLAMAR, Veronica Zambrano *et al.* Hemorragia post parto por desgarro perineal en mujeres primíparas. **Cumbres**, v. 5, n. 1, p. 125-135, 2019.