

## **A importância do manejo ativo na prevenção da hemorragia pós-parto em maternidades públicas: uma revisão das diretrizes FEBRASGO e OMS (2025)**

The importance of active management in the prevention of postpartum hemorrhage in public maternity hospitals: a review of FEBRASGO and WHO guidelines (2025)

Débora Jade Cavalcante Porto

Rodrigo Lima Pithon

Gilberto Póvoas Júnior (Orientador)

Antonio Cícero Santana (Orientador)

Dayane Santos Silva (Orientador)

### **RESUMO**

A hemorragia pós-parto (HPP) se apresenta como um dos principais desafios para a redução da mortalidade materna em maternidades públicas brasileiras, sendo a principal causa de óbitos evitáveis no ciclo gravídico puerperal. Este artigo revisa condutas profiláticas no terceiro estágio do parto, juntamente com o novo protocolo de detecção precoce de HPP, fundamentando-se nas atualizações registradas no Tratado de Obstetrícia FEBRASGO (2025) e nas diretrizes consolidadas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2025). O estudo destaca a transição do manejo no pós-parto, sequencial, para a estratégia E-motive, que preconiza a intervenção simultânea através de protocolos e pacotes de medidas previamente estabelecidos. O artigo também discute a relevância da detecção precoce da HPP, mediante o uso de coletores volumétricos e a aplicação do Índice de Choque como marcador de instabilidade hemodinâmica oculta. A análise direciona-se ao manejo ativo, enfatizando a utilização criteriosa de uterotônicos, o papel fundamental do ácido tranexâmico como droga de primeira linha em HPP e a vigilância clínica rigorosa no quarto período de Greenberg. Conclui-se que a implementação sistemática desses protocolos em instituições públicas é indispensável para transformar o prognóstico materno e garantir a segurança assistencial.

**Palavras-chave:** Hemorragia Pós-Parto. Manejo Ativo. Terceiro Estágio do Parto. Estratégia E-MOTIVE. Mortalidade materna.

## ABSTRACT

Postpartum hemorrhage (PPH) is one of the main challenges in reducing maternal mortality in Brazilian public maternity hospitals, being the leading cause of preventable deaths in the pregnancy-puerperium cycle. This article reviews prophylactic measures in the third stage of labor, along with the new protocol for early detection of PPH, based on updates recorded in the FEBRASGO Obstetrics Treatise (2025) and the consolidated guidelines of the World Health Organization (WHO, 2025). The study highlights the transition from sequential postpartum management to the E-motive strategy, which advocates simultaneous intervention through previously established protocols and packages of measures. The article also discusses the relevance of early PPH detection through the use of volumetric collectors and the application of the Shock Index as a marker of occult hemodynamic instability. The analysis focuses on active management, emphasizing the judicious use of uterotonics, the fundamental role of tranexamic acid as a first-line drug in postpartum hemorrhage (PPH), and rigorous clinical monitoring during the fourth Greenberg stage. It concludes that the systematic implementation of these protocols in public institutions is essential to transform maternal prognosis and ensure healthcare safety.

**Keywords:** Postpartum Hemorrhage. Active Management. Third Stage of Labor. E-MOTIVE Strategy. Maternal Mortality.

## 1. INTRODUÇÃO

A segurança materna durante o processo de parto constitui um dos pilares fundamentais da obstetrícia atual e um indicador sensível da qualidade dos sistemas de saúde. No cenário brasileiro, a hemorragia pós-parto (HPP) apresenta-se como uma emergência médica de alta prevalência, sendo responsável por parcela significativa das mortes maternas, especialmente em maternidades públicas onde os recursos podem ser limitados, e a demanda é elevada. A transição do terceiro (dequitação) para o quarto estágio do parto (greenberg), período que corresponde desde a expulsão fetal até a primeira hora após a dequitação placentária, representa o momento de maior vulnerabilidade para a ocorrência de hemorragias e perdas volêmicas catastróficas.

Historicamente, o manejo da HPP baseava-se em uma abordagem sequencial, na qual novas intervenções eram iniciadas apenas após a falha da medida anterior. No entanto, evidências robustas consolidadas em 2025 pelo Tratado de Obstetrícia da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveram uma mudança de paradigma e manejo. A nova recomendação prioriza a intervenção simultânea através de pacotes de medidas, visando interromper a cascata fisiopatológica da hemorragia, antes que a paciente evolua para a tríade letal (acidose, hipotermia e coagulopatia).

A demora na identificação da perda sanguínea e a hesitação na administração de uterotônicos são apontados como os principais fatores determinantes para desfechos desfavoráveis. Estima-se que a atonia uterina seja a etiologia principal, que ocorre em aproximadamente 70% a 80% dos casos de hemorragia grave. Nesse contexto, o manejo ativo do terceiro estágio do parto surge não apenas como uma recomendação técnica, mas como uma estratégia de saúde pública essencial. Para os centros de saúde de obstetrícia, principalmente em maternidades públicas vinculadas ao SUS, o domínio dessas atualizações é fundamental, permitindo uma resposta rápida, coordenada e baseada em evidências que pode, efetivamente, salvar vidas; seja materna ou fetal.

O presente artigo tem como objetivo revisar e aprofundar as diretrizes atuais sobre o manejo ativo do terceiro estágio do parto (dequitação), ademais de detalhar a implementação da estratégia estabelecida pelas novas normativas de obstetrícia, identificada no mnemônico “E-MOTIVE”, cada letra identificando uma parte importante nesse manejo da HPP, além da utilização de parâmetros e marcadores clínicos, como o Índice de Choque, no contexto das maternidades públicas brasileiras.

## **2. METODOLOGIA**

A presente revisão foi elaborada mediante levantamento e análise crítica de diretrizes clínicas, tratados acadêmicos e artigos científicos publicados até o primeiro semestre de 2025. A base teórica principal utilizada foi a segunda edição do Tratado de Obstetrícia FEBRASGO (2025) e em guidelines atuais da OMS que tratam do tema da HPP, especificamente a “*Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage (2025)*”. Além disso, foram consultados manuais técnicos do Ministério da Saúde do Brasil e estudos clínicos recentes sobre a eficácia da estratégia prática destacada no mnemônico da “E-MOTIVE”.

A busca bibliográfica utilizou descritores em saúde (DeCS/MeSH) como "Hemorragia Pós-Parto", "Manejo ativo", “dequitação placentária”, "ocitocina" e "ácido tranexâmico". Os critérios de inclusão focaram em publicações que abordassem protocolos de intervenção imediata, eficácia comprovada, novas tecnologias de medição de perda sanguínea e estratégias de treinamento de equipes multiprofissionais e realidade prática dos ambientes de saúde pública brasileira. A análise dos dados buscou sintetizar as informações de forma prática e aplicável à rotina dos profissionais de saúde envolvidos na ginecologia e obstetrícia.

### 3. DESENVOLVIMENTO

#### 3.1 Fisiologia do Terceiro Estágio e Fisiopatologia da HPP

O terceiro estágio do parto, também conhecido como período de dequitação placentária, inicia-se imediatamente após o nascimento do neonato e encerra-se com a expulsão completa da placenta e das membranas ovulares. Fisiologicamente, este período é marcado pela retração uterina intensa, que reduz a superfície de implantação placentária, levando ao descolamento da placenta. A hemostasia puerperal depende fundamentalmente de dois mecanismos: a contração uterina, com a força de tônus/contração do miométrio, que comprime os vasos sanguíneos que atravessam as fibras musculares (chamadas "ligaduras vivas de Pinard"), e a ativação da cascata de coagulação local.

A falha nesse mecanismo de contração, denominada atonia uterina, é a causa mais comum de hemorragia pós parto. Quando o útero não se contrai de forma adequada, o fluxo sanguíneo para o leito placentário (600-800 ml por minuto no termo), permanece desimpedido, resultando em perda hemorrágica maciça em poucos minutos. Outros fatores, como lacerações do trajeto (trauma), retenção de restos placentários (tecido), além dos distúrbios da coagulação (trombina), completam os "4 Ts" das possíveis causas de HPP, que devem ser sistematicamente avaliados.

#### 3.2 Manejo Ativo vs. Manejo Expectante

A literatura científica contemporânea é enfática ao recomendar sempre o manejo ativo, ao lugar do manejo expectante, para todas as parturientes. Enquanto o manejo expectante aguarda os sinais espontâneos de separação placentária, o manejo ativo intervém preventivamente para acelerar o processo de dequitação total, e garantir a contratilidade uterina. De acordo com o Tratado FEBRASGO (2025), o manejo ativo reduz o risco de HPP em mais de 50% e deve ser a norma e protocolo padrão em todas as instituições de saúde, sejam do SUS ou em privadas.

As quatro medidas fundamentais que compõem o manejo ativo clássico (prevenção) e que foram otimizadas nas diretrizes de 2025, são:

- 1 **Clampeamento oportuno do cordão umbilical:** após a saída do feto, aguarda-se 1 min para realização do clampeamento do cordão.
- 2 **Administração de uterotônicos:** A ocitocina permanece como a droga de escolha. A recomendação atual é a administração de 10 UI por via intramuscular (IM) imediatamente após o nascimento/expulsão fetal, preferencialmente antes da dequitação. A via intramuscular é priorizada em protocolos de triagem pela sua facilidade de aplicação e perfil de segurança, embora a via intravenosa (IV) possa ser

utilizada se o acesso já estiver estabelecido. O local de aplicação IM geralmente é no vasto lateral da coxa da paciente.

- 3 **Tração controlada do cordão umbilical (Manobra de Brandt-Andrews):** Deve ser realizada apenas por profissionais treinados e após a constatação da contração uterina, visando facilitar a expulsão da placenta e reduzir o tempo do terceiro estágio, minimizando o risco de inversão uterina. Pode ser feito com o clamp preso ao cordão, próximo ao canal vaginal, forçado levemente a sua expulsão com uma mão, associado a manobra de Brandt-Andrews(estabilização uterina com pressão suprapúbica) com a outra.
- 4 **Massagem Uterina e vigilância:** Após a dequitação, a avaliação do tônus uterino deve ser contínua. O “globo de segurança de Pinard” deve ser palpado a cada 15 minutos nas primeiras duas horas (quarto período de Greenberg), garantindo que o útero permaneça firme e contraído, evitando-se qualquer anormalidade que gere uma hemorragia inesperada.

### 3.3 A Estratégia E-MOTIVE: O Novo Padrão-Ouro

Uma das atualizações mais significativas apresentadas pela OMS e incorporada pelos protocolos adotados pela FEBRASGO em 2025 é a adoção da estratégia dada pelo mnemônico “E-MOTIVE”. Esse protocolo foi desenvolvido para enfrentar as principais barreiras no tratamento da HPP: o atraso no diagnóstico e a demora no início do tratamento. O diferencial do E-MOTIVE é a execução simultânea de um pacote de intervenções assim que uma perda sanguínea superior a 500 ml é identificada, sendo elas:

Componente	Ação Específica	Justificativa Técnica (Diretrizes 2025)
Early detection	Uso de coletores graduados e Índice de Choque	A estimativa visual subestima a perda em até 50%. O uso de bolsas coletoras permite o diagnóstico objetivo imediato.
Massage	Massagem uterina bimanual	Estimulação mecânica imediata das fibras miométriais para promover a contração e compressão vascular.
Oxytocic drugs	Ocitocina (5UI IV em 3 minutos, seguido de 20UI em 500ml de soro fisiológico)	Reforço imediato da contratilidade. Se não houver sucesso, inicia-se a segunda linha (metilergometrina ou misoprostol). Em casos graves de atonia uterina, deve ser considerada a manutenção da ocitocina até 24h.

Tranexamic acid	Ácido Tranexâmico (1g IV em 100ml de soro fisiológico a 0,9% em 10 min)	Deve ser administrado nos primeiros 15-30 min. Atua na estabilização do coágulo, reduzindo a mortalidade por sangramento. Pode ser administrada segunda dose após 30 min se necessário.
IV fluids	Cristaloides (Ringer Lactato)	Restauração criteriosa da volemia. O foco é manter a perfusão sem causar hemodiluição ou coagulopatia.
Visual examination	Revisão do canal e placenta	Identificação rápida de lacerações ou restos que impedem a retração uterina efetiva.

A implementação do E-MOTIVE em ensaios clínicos demonstrou uma redução drástica na progressão para hemorragias graves e na necessidade de transfusões sanguíneas. Para o profissional de saúde, seja médico, enfermeiras obstétricas ou até mesmo internos de medicina, o aprimoramento dessas ferramentas e a implementação prática dessas medidas, são competências críticas para assegurar a saúde da paciente e seu bebê. O ponto chave é que saber as medidas contidas nesse mnemônico é ter em mãos um instrumento objetivo, prático e que podem ser decisivos para a saúde da parturiente, principalmente em maternidades públicas ao redor do Brasil.

### 3.4 Índice de Choque: O Marcador de Alerta Precoce

O diagnóstico de choque hemorrágico em obstetrícia é frequentemente dificultado pelas adaptações fisiológicas da gestação. Devido ao aumento do volume plasmático (cerca de 40-50%), a gestante pode perder uma quantidade significativa de sangue antes de apresentar queda na pressão arterial sistólica (PAS). Portanto, a hipotensão é um sinal tardio e muitas vezes indica que a paciente já está em um estado crítico de descompensação, demandando medidas enérgicas para se atenuar o quadro da parturiente.

O parâmetro de ouro atualizado para 2025, contido no *guideline* da OMS e incorporado pelas diretrizes da Febrasgo, é o **Índice de Choque (IC)**. Esse é calculado pela razão entre a Frequência Cardíaca (FC) e a Pressão Arterial Sistólica (PAS). Dado pela fórmula:

$$IC = FC / PAS$$

- **IC < 0,9:** Normalidade ou compensação hemodinâmica.
- **IC ≥ 0,9:** Indica instabilidade hemodinâmica oculta. Este valor deve disparar o alerta máximo na equipe, mesmo que a pressão arterial pareça normal.

- **IC  $\geq 1,1$ :** Associado a uma alta probabilidade de necessidade de transfusão maciça e intervenção cirúrgica.

O uso do IC permite que o profissional da saúde obstétrica identifique precocemente a gravidade do quadro, permitindo a ativação do "código vermelho" para adoção dos protocolos de hemorragia grave de forma oportuna.

### 3.5 O Papel do Ácido Tranexâmico (TXA) e Uterotônicos de Segunda Linha

As diretrizes de 2025, tanto da OMS como aquelas recepcionadas pela Febrasgo, reforçam o papel do ácido tranexâmico (TXA) como uma intervenção de primeira linha, e não mais como um recurso de exceção.

O TXA é um antifibrinolítico que impede a degradação da fibrina, estabilizando o coágulo sanguíneo formado no leito placentário. O estudo *WOMAN* e atualizações subsequentes, demonstraram que o benefício do TXA é altamente "tempo-dependente". A administração ideal deve ocorrer dentro dos primeiros 15 a 30 minutos após o diagnóstico de HPP. Cada atraso de 15 minutos na sua aplicação reduz a eficácia da droga em reduzir a mortalidade em cerca de 10%.

Quanto aos uterotônicos, se a ocitocina profilática não for suficiente para manter o tônus, o protocolo deve seguir para drogas de segunda linha de forma rápida:

- **Metilergometrina (Ergotrate):** 0,2 mg IM (evitar em gestante hipertensas).
- **Misoprostol:** 800 mcg (via retal ou sublingual), especialmente útil em ambientes com poucos recursos por não exigir refrigeração.
- **Carbetocina:** Um análogo da ocitocina de longa duração, agora mais acessível e recomendado em protocolos de alto risco.

### 3.6 Vigilância dos "4 Ts" e Diagnóstico Diferencial

Embora a atonia seja a causa principal, a equipe deve realizar uma investigação sistemática baseada na mnemônica dos "4 Ts" para garantir que nenhuma outra etiologia seja negligenciada:

1. **Tônus (70-80%):** Atonia uterina.
2. **Trauma (20%):** Lacerações de colo, vagina ou períneo; inversão uterina; ruptura uterina.
3. **Tecido (10%):** Restos placentários, cotilédones acessórios ou acretismo placentário.
4. **Trombina (<1%):** Coagulopatias prévias ou adquiridas (CIVD).

#### **4. DISCUSSÃO**

A implementação das diretrizes FEBRASGO e OMS 2025 em maternidades públicas brasileiras enfrenta desafios estruturais significativos, mas oferece uma oportunidade sem precedentes para a redução da mortalidade materna. A principal mudança observada na discussão acadêmica atual é o abandono da "expectativa vigilante" em favor da "ação antecipada".

A comparação entre os protocolos anteriores e os atuais revela que a precisão no diagnóstico, através de coletores volumétricos em vez da estimativa visual, é o fator que mais impacta a sobrevida. Estudos indicam que médicos e enfermeiros tendem a subestimar perdas sanguíneas volumosas, o que retarda o início do protocolo E-MOTIVE. Em maternidades públicas, onde a rotatividade de pacientes é alta, a padronização através de *checklists* e kits de emergência ("carrinhos de hemorragia") torna-se vital.

Outro ponto de discussão relevante para os profissionais da saúde envolvidos com o tema, é a integração da equipe multiprofissional. O manejo da HPP não é uma tarefa solitária do obstetra; exige a integração e sincronia de um time multidisciplinar para manejo volêmico, atenção à administração de drogas e monitorização, proatividade e auxílio em todo o processo, além da agilidade do laboratório/banco de sangue. O treinamento baseado em simulação realística tem se mostrado a ferramenta mais eficaz para garantir que, no momento da emergência, cada membro da equipe saiba exatamente qual componente do protocolo prático deve executar.

Nesse contexto, destaca-se os profissionais que estejam acompanhando a paciente a mais tempo, pois terá as possibilidades de monitorar e avaliar se existem alterações pungentes na parte clínica da paciente. Tendo permanecido por mais tempo ao lado da paciente no pós-parto imediato, esse profissional, seja médico, enfermeira ou interno de medicina, deve estar apto a calcular o Índice de Choque e identificar precocemente a atonia uterina, iniciando a massagem uterina e alertando a equipe principal. A educação médica deve, portanto, focar não apenas na teoria da HPP, mas na execução prática e rápida desses protocolos atualizados.

#### **5. CONCLUSÃO**

A hemorragia pós-parto continua sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna evitável, mas o avanço das diretrizes clínicas em 2025 oferece ferramentas robustas para mudar essa realidade. O manejo ativo do terceiro estágio do parto, centrado na administração precoce de ocitocina, tração controlada do cordão e vigilância rigorosa do tônus uterino, é a intervenção mais eficaz para prevenir a atonia.

A adoção da estratégia E-MOTIVE representa um salto qualitativo na assistência obstétrica, ao substituir a conduta sequencial por uma resposta simultânea e agressiva. A detecção precoce, auxiliada pelo Índice de Choque e pela medição objetiva da perda sanguínea, permite que a equipe intervenha na "hora de ouro", aumentando drasticamente as chances de sucesso terapêutico sem a necessidade de procedimentos invasivos ou transfusões maciças.

Para profissionais, especialmente aqueles inseridos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o domínio técnico dessas condutas é uma obrigação ética e profissional. A segurança da paciente no quarto período de Greenberg depende da vigilância constante e da aplicação rigorosa das evidências científicas. Conclui-se que a padronização desses protocolos e o treinamento contínuo das equipes em maternidades públicas são os caminhos fundamentais para que o Brasil alcance as metas de redução da mortalidade materna e garanta uma assistência digna e segura a todas as mulheres.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FERNANDES, César Eduardo; SILVA FILHO, Agnaldo Lopes da (Orgs.). **Tratado de Obstetrícia FEBRASGO**. 2. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2025.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage**. Geneva: WHO, 2025.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério**. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2022.
4. GALLOS, I. et al. **Advancing Postpartum Haemorrhage Care: The E-MOTIVE Trial and Global Implications**. *The Lancet Global Health*, v. 13, n. 4, p. 245-258, 2025.
5. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Protocolo de Manejo da Hemorragia Pós-Parto: Atualização 2025**. São Paulo: FEBRASGO, 2025.
6. SANTOS, L. M. et al. **Uso do Índice de Choque na Identificação Precoce de Hemorragia Obstétrica em Maternidades de Alta Complexidade**. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 47, n. 2, 2025.
7. INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). **Recommendations on the use of Tranexamic Acid for PPH**. London: FIGO, 2025.