

SÍNDROME DO ACRETISMO PLACENTÁRIO E SANGRAMENTO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O IMPACTO DAS CESÁREAS REPETIDAS

Yasmin Renata Souza Alves Da Fonseca¹, Leoní Adriana de Souza Dias²

yasmin.renata.fonseca@gmail.com

Área Temática: Temas livres em medicina.

RESUMO

Introdução: A Síndrome do Acretismo Placentário (SAP) é uma condição obstétrica grave, caracterizada pela aderência anormal da placenta ao miométrio uterino, frequentemente associada a complicações maternas significativas, especialmente em mulheres com histórico de cesáreas repetidas. **Objetivo:** Analisar a relação entre SAP, sangramento pós-parto e número de cesáreas anteriores, com ênfase no manejo peripartum e seus desfechos clínicos. **Metodologia:** Revisão integrativa realizada com base na busca sistemática de literatura nas bases PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando descritores relacionados ao tema e aplicando o fluxograma do PRISMA para seleção dos estudos. Foram incluídos artigos originais publicados entre 2010 e 2025, que avaliaram fatores de risco, diagnóstico pré-natal e desfechos clínicos em gestantes com SAP. **Resultados e Discussão:** Mulheres com duas ou mais cesáreas têm risco exponencialmente maior de desenvolver essa condição, especialmente quando associada à placenta prévia. O sangramento pós-parto grave foi identificado como uma das principais complicações, com volumes médios superiores a 3.000 mL. Partos eletivos realizados em centros especializados demonstraram reduzir os riscos de histerectomia de emergência e complicações maternas. **Conclusão:** A melhor compreensão dessa condição é essencial para reduzir a morbimortalidade materna em contextos de alto risco, destacando-se a importância da prevenção de cesáreas desnecessárias e do planejamento do parto em centros especializados.

Palavras-chave: Acretismo Placentário; Sangramento Pós-Parto; Cesáreas Repetidas; Morbimortalidade Materna.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome do Acretismo Placentário (SAP) refere-se a um grupo de condições caracterizadas pela aderência anormal da placenta ao miométrio uterino, incluindo placenta acreta, increta e percreta, sendo uma das complicações obstétricas mais graves, frequentemente associada a hemorragia pós-parto grave, necessidade de histerectomia de emergência e aumento do risco de óbito materno (Jauniaux *et al.*, 2019). Sua incidência tem crescido nas últimas décadas, paralelamente ao aumento das taxas de cesárea em todo o mundo, especialmente em mulheres com placenta prévia e histórico de cirurgias uterinas prévias (Grobman *et al.*, 2007; Collins *et al.*, 2019).

Entre os fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento de SAP, destaca-se o número crescente de cesáreas repetidas, considerado um dos principais determinantes dessa condição (Silver *et al.*, 2015). Estudos mostram que mulheres com duas ou mais cesáreas e

placenta prévia possuem risco exponencialmente maior de desenvolver essa patologia, com impacto direto na morbimortalidade materna (Kacmar *et al.*, 2003; Jiménez-Jiménez *et al.*, 2022). Além disso, a idade materna avançada, multiparidade e diagnóstico tardio também estão associados a piores desfechos clínicos (Kyojuka *et al.*, 2019; Shaamash *et al.*, 2023).

O diagnóstico pré-natal precoce por meio de ultrassonografia e ressonância magnética tem se mostrado essencial para reduzir as complicações maternas, permitindo o planejamento de parto eletivo em centros especializados com equipe multidisciplinar treinada (Garofalo *et al.*, 2019; Morlando e Schwickert, 2021). No entanto, muitos casos ainda são diagnosticados tardiamente, contribuindo para pior prognóstico e maior risco de sangramento grave durante o parto (Hu *et al.*, 2019; Melamud *et al.*, 2024).

Apesar dos avanços no entendimento e manejo da síndrome do acretismo placentário, lacunas persistem quanto à prevenção primária, especialmente em contextos onde as cesáreas repetidas são frequentes e o acesso ao diagnóstico é limitado. A identificação de fatores de risco, o acompanhamento rigoroso durante a gestação e o planejamento do parto em centros especializados são estratégias essenciais para melhorar os desfechos maternos e neonatais.

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a relação entre síndrome do acretismo placentário, sangramento pós-parto e histórico de cesáreas repetidas, com ênfase no manejo peripartum e seus desfechos clínicos.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo constitui uma revisão integrativa da literatura realizada com o objetivo de analisar a relação entre Síndrome do Acretismo Placentário (SAP), sangramento pós-parto e histórico de cesáreas repetidas com ênfase no manejo peripartum e seus desfechos clínicos. Para estruturar a pergunta de pesquisa foi utilizado o modelo PICO considerando como população mulheres com diagnóstico de síndrome do acretismo placentário, como intervenção o histórico de cesáreas repetidas, como comparação mulheres sem histórico de cesárea ou com única cesárea e como desfecho a ocorrência de sangramento pós-parto grave.

A busca foi realizada nas bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde utilizando os descritores “Síndrome do Acretismo Placentário”, “sangramento pós-parto”, “cesárea repetida”, combinados com os operadores booleanos AND e OR. Foram incluídos estudos publicados entre 2010 e 2025 priorizando artigos originais e revisões sistemáticas com dados clínicos relevantes ao escopo do estudo.

Os critérios de inclusão foram estudos sobre síndrome do acretismo placentário avaliando desfechos clínicos especialmente sangramento pós-parto e histórico de cesáreas repetidas com

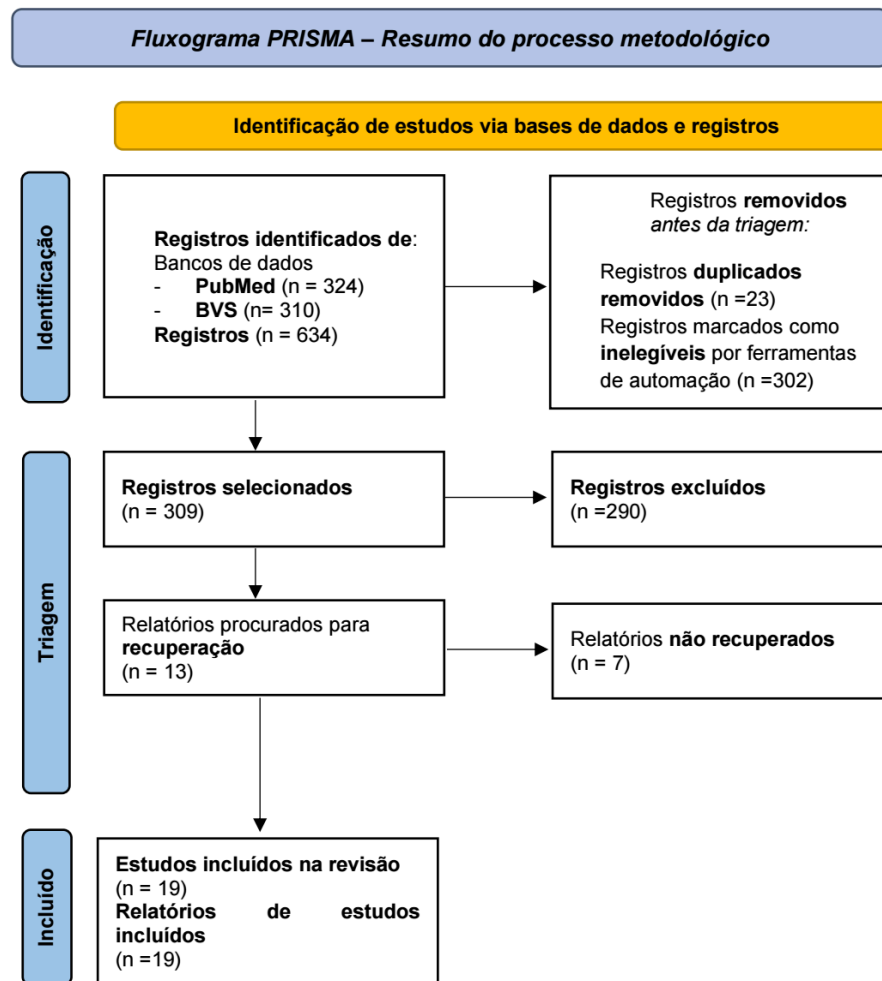
disponibilidade do texto completo. Já os critérios de exclusão foram estudos fora do período delimitado, trabalhos duplicados e estudos irrelevantes ao tema ou com dados insuficientes.

A busca inicial identificou 634 registros nas bases PubMed (n = 324) e BVS (n = 310). Após a remoção de 23 duplicatas e a exclusão de 302 registros marcados como inelegíveis por ferramentas automatizadas, restaram 309 estudos para triagem inicial. Destes, 290 foram excluídos após análise de título e resumo por não atenderem aos critérios de inclusão. Resultando na inclusão final de 19 estudos na análise qualitativa.

Após a seleção final os estudos incluídos foram lidos integralmente e submetidos a uma análise crítica e síntese qualitativa com destaque para os fatores associados ao aumento do risco de acretismo placentário e seus desfechos clínicos especialmente o sangramento pós-parto. A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada com base em critérios predefinidos incluindo tipo de estudo, tamanho da amostra, validade interna e externalidade dos resultados.

A análise dos dados foi realizada com base na identificação de tendências principais fatores de risco e desfechos clínicos mais frequentemente descritos na literatura científica. As principais variáveis analisadas foram número de cesáreas anteriores, diagnóstico, pré-natal, tipo de parto, volume de sangramento, necessidade de transfusão sanguínea, taxa de histerectomia e complicações maternas e neonatais. Essa abordagem permitiu reunir evidências relevantes sobre o tema contribuindo para a compreensão das implicações clínicas das cesáreas repetidas na saúde materna.

Quadro 1- Fluxograma PRISMA adaptado



Fonte: Elaborado pela autora com base nas diretrizes PRISMA (Page *et al.*, 2021).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados analisados revelam uma forte associação entre o número crescente de cesáreas repetidas e o risco de desenvolvimento de Síndrome do Acretismo Placentário (SAP). Mulheres com duas ou mais cesáreas prévias e placenta prévia mostraram um aumento exponencial na incidência de SAP, corroborando estudos como os de Silver *et al.* (2015), Grobman *et al.* (2007) e Jiménez-Jiménez *et al.* (2022), que apontam as cesáreas anteriores como fator de risco independente para essa condição. A presença de cicatriz uterina associada à implantação placentária anormal parece ser o principal mecanismo patofisiológico envolvido.

Quanto aos desfechos clínicos, o sangramento pós-parto grave foi a complicação mais comum em todos os estudos revisados, com médias de perda sanguínea superiores a 3.000 mL em mulheres diagnosticadas com SAP. Em alguns casos, esse volume ultrapassou 5.500 mL, especialmente quando o parto ocorreu de forma não planejada ou em unidades sem estrutura multidisciplinar adequada (Schwickert *et al.*, 2021; Morlando *et al.*, 2021). Esses achados reforçam a importância do diagnóstico pré-natal precoce e do manejo cirúrgico padronizado.

A necessidade de histerectomia de emergência também foi amplamente documentada, variando entre 60% e 85% dos casos, especialmente em cenários de placenta percreta e diagnóstico intra operatório tardio (Chantraine; Langhoff-Roos, 2013; Hu *et al.*, 2019). Diferentemente disso, mulheres submetidas a parto cesáreo eletivo em centros especializados apresentaram menores taxas de histerectomia e complicações maternas, sugerindo benefícios claros da abordagem planejada (Morlando *et al.*, 2021).

O uso de estratégias assistenciais como embolização profilática de artérias ilíacas, balões intra-vasculares e oclusores temporários tem sido estudado como forma de reduzir o sangramento e otimizar os desfechos maternos (Jiménez-Jiménez *et al.*, 2022; Melamud *et al.*, 2024). No entanto, sua eficácia ainda é limitada por fatores como custo elevado, disponibilidade técnica e tempo de resposta clínica, especialmente em contextos de recursos limitados.

No contexto neonatal, filhos de mães com SAP mostraram maior risco de prematuridade, internação em UTI neonatal e complicações relacionadas à imaturidade pulmonar (Shamshirsaz *et al.*, 2018). Isso se deve, em grande parte, à indicação antecipada de parto, muitas vezes realizada antes de 34 semanas gestacionais por risco aumentado de sangramento grave (McCall *et al.*, 2022). Apesar disso, os resultados neonatais tendem a melhorar quando o parto é realizado de forma planejada e em ambiente hospitalar especializado.

Em relação ao diagnóstico pré-natal, a utilização de ultrassonografia morfológica e ressonância magnética demonstrou sensibilidade significativa na detecção de SAP, especialmente quando critérios padronizados foram aplicados, como os propostos pela FIGO (Jauniaux *et al.*, 2019; Garofalo *et al.*, 2019). No entanto, há variação na precisão diagnóstica dependendo da localização da placenta, com menor sensibilidade em casos de placenta posterior. A introdução de protocolos assistenciais específicos, como o sistema de graduação da IS-PAS, tem contribuído para maior uniformidade nos critérios diagnósticos e manejo clínico (Braun *et al.*, 2021).

Apesar dos avanços no entendimento e manejo dessa condição, lacunas persistem quanto à prevenção primária, especialmente em contextos onde as cesáreas repetidas são frequentes e o

acesso ao diagnóstico precoce é limitado. A identificação de fatores de risco, o acompanhamento rigoroso durante a gestação e o planejamento do parto em centros especializados são estratégias essenciais para melhorar os desfechos maternos e neonatais.

Estudos recentes destacam a importância do uso de modelos estatísticos multivariados para avaliar a influência de variáveis independentes sobre os desfechos obstétricos. Análises conduzidas por Shamshirsaz *et al.* (2018) e McCall *et al.* (2022) utilizaram regressão logística e Poisson para avaliar o impacto de fatores como idade materna, número de cesáreas anteriores e diagnóstico pré-natal sobre a ocorrência de complicações. Essas análises reforçam a necessidade de abordagens quantitativas robustas na avaliação de risco individualizado.

Outro aspecto relevante refere-se ao manejo conservador da placenta *in situ* com intenção de preservação uterina. Embora essa estratégia possa ser considerada em situações muito específicas, ela está associada a risco elevado de sangramento tardio, infecção puerperal e necessidade de intervenção cirúrgica posterior. Relatos indicam que até 25% das mulheres submetidas a essa abordagem requerem histerectomia de resgate após episódios hemorrágicos tardios, com sangramentos relatados até 60 dias após o parto (Hu *et al.*, 2019; Melamud *et al.*, 2024).

Por fim, a análise crítica dos estudos selecionados revelou algumas limitações metodológicas importantes, como viés de seleção, amostras pequenas e diferenças na classificação operacional do SAP. Além disso, muitos estudos têm natureza retrospectiva, o que pode afetar a confiabilidade de medidas como volume de sangramento e tempo de internação. Contudo, mesmo com essas limitações, os dados disponíveis são suficientes para guiar práticas clínicas baseadas em evidências e promover mudanças nas diretrizes assistenciais.

4 CONCLUSÃO

A Síndrome do Acretismo Placentário (SAP) é uma condição obstétrica grave, frequentemente associada a cesáreas repetidas e placenta prévia, com risco elevado de sangramento pós-parto e morbidade materna. A revisão mostrou que mulheres com duas ou mais cesáreas têm risco significativamente maior de desenvolver SAP, especialmente quando o diagnóstico é tardio ou a via de parto é de emergência.

O parto cesáreo eletivo, realizado em centros especializados com equipe multidisciplinar, demonstrou reduzir complicações maternas, como volume de sangramento e necessidade de histerectomia. Apesar disso, estratégias conservadoras ainda apresentam riscos, como sangramento tardio e infecção puerperal, exigindo acompanhamento rigoroso.

Como limitação, este estudo foi baseado em uma revisão integrativa, sem coleta primária de dados, o que restringe a análise estatística detalhada. Além disso, há variação metodológica entre os estudos revisados.

Perspectivas futuras incluem a ampliação de pesquisas nacionais, prevenção de cesáreas desnecessárias e padronização de protocolos assistenciais para melhorar os desfechos maternos em gestações de alto risco.

REFERÊNCIAS

COLLINS, S. L. et al. Evidence-based guidelines for the management of abnormally invasive placenta. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics** , v. 140, n. 3, p. 291–298, 2018.

GROBMAN, W. A. et al. Pregnancy outcomes for women with placenta previa in relation to the number of prior cesarean deliveries. **Obstetrics & Gynecology** , v. 110, n. 6, p. 1249–1255, 2007.

JAUNIAUX, E. et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: epidemiology. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics** , v. 140, n. 3, p. 265–273, 2018.

JIMÉNEZ-JIMÉNEZ, C. E. et al. Protocolo para el manejo de placenta percreta con cesárea, embolización uterina e histerectomía diferida. **Revista Colombiana de Cirugía** , v. 37, n. 1, p. 106–114, 2022.

MORLANDO, M.; COLLINS, S. Placenta accreta spectrum disorders: challenges, risks, and management strategies. **International Journal of Women's Health** , v. 12, p. 1033–1045, 2020.

PAGE, M. J.; MCKENZIE, J.E.; BOSSUYT, P.M.; et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, p. n71, 29 mar. 2021.

SCHWICKERT, A. et al. Association of peripartum management and high maternal blood loss at cesarean delivery for placenta accreta spectrum (PAS): a multinational database study. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica** , v. 100, Suppl. 1, p. 29–40, 2021.

SILVER, R. M.; BARBOUR, K. D. Placenta accreta spectrum: accreta, increta, and percreta. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 42, n. 2, p. 381-402, 2015.