



Acretismo Placentário: Relação das complicações no parto

Carlos Henrique Barbosa Rozeira¹, Marcos Fernandes da Silva², Shirlei de Oliveira Soares Araújo³, Haylla Trevizã Peixoto⁴, Hellen Trevizã Peixoto⁵, Mayckow Carvalho da Silva Oliveira⁶, Vanessa de Oliveira Ferreira Borges de Souza⁷, Hellen Cristina Ferrero Ricardo⁸, Marcelle Vargas Freire Silveira⁹, Barbara Cristina Antunes da Costa¹⁰, Erica Caroline de Lima de Sá¹¹, Ana Luísa Ferreira de Rezende Rangel¹²

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

O artigo aborda a complexa relação entre complicações no parto e o acretismo placentário, uma condição desafiadora na gestação. A placenta desempenha um papel vital na gravidez, conectando mãe e feto, mas complicações como o acretismo placentário, onde a placenta adere anormalmente à parede uterina, representam riscos significativos. O estudo destaca fatores de risco, métodos de diagnóstico e estratégias de prevenção para essa condição. O estudo adotou uma abordagem exploratória e qualitativa, revisando literatura especializada em busca de informações relevantes sobre o tema. Foram analisados artigos em Português, Espanhol e Inglês, abrangendo o período de 2000 a 2023. A pesquisa ressalta a importância do acompanhamento adequado durante o pré-natal para identificar precocemente complicações relacionadas à placenta prévia e ao acretismo placentário. O estudo contribui para um melhor entendimento da condição e direciona futuras pesquisas na área obstétrica.

Palavras-chave: Acretismo Placentário, Placenta Prévia, Complicações no Parto, Gestação.

Placenta Accreta: Relationship with Delivery Complications

ABSTRACT

The article addresses the complex relationship between childbirth complications and placenta accreta, a challenging condition during pregnancy. The placenta plays a vital role in pregnancy, connecting mother and fetus, but complications such as placenta accreta, where the placenta abnormally adheres to the uterine wall, pose significant risks. The study highlights risk factors, diagnostic methods, and prevention strategies for this condition. The research adopted an exploratory and qualitative approach, reviewing specialized literature for relevant information on the topic. Articles in Portuguese, Spanish, and English were analyzed, spanning the period from 2000 to 2023. The study emphasizes the importance of adequate prenatal monitoring to early identify complications related to placenta previa and placenta accreta. The research contributes to a better understanding of the condition and guides future research in the obstetric field.

Keywords: Placenta Accreta, Placenta Previa, Childbirth Complications, Pregnancy.

Instituição afiliada – ¹Psicólogo, Mestrando em Ensino pela Universidade Federal Fluminense (UFF), ariezor@hotmail.com; ²Enfermeiro, Graduando em Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC), marco_s_silva@hotmail.com; ³Graduanda em Medicina pela Faculdade Unigranrio - Duque de Caxias/RJ, shirleisoares02@gmail.com; ⁴Cirurgiã-Dentista, Teóloga, Graduando em Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC), hayllacertificados@yahoo.com; ⁵Enfermeira, Biomédica, Graduando em Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC), hellentreviza@gmail.com; ⁶Enfermeiro, Graduando em Medicina pela UNIGRANRIO, enfermeiromayckow@hotmail.com; ⁷Graduando em Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC), vanessaofborges@gmail.com; ⁸Graduando em Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC), hellen.ferrero.ricardo@hotmail.com; ⁹Psicóloga, Graduando em Medicina pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC), marcellefreire@outlook.com; ¹⁰Graduanda em enfermagem pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), barbara.cacosta04@gmail.com; ¹¹Graduando em Medicina pela faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC), eri-caroline@hotmail.com; ¹²Graduanda em Medicina pela faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC), anarezendemed@gmail.com

Dados da publicação: Artigo recebido em 22 de Janeiro e publicado em 12 de Março de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p1095-1111>

Autor correspondente: Carlos Henrique Barbosa Rozeira, ariezor@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O ciclo gestacional e o parto representam uma etapa importante na vida da mulher, caracterizada por uma série de eventos fisiológicos complexos e interdependentes. Desde a concepção até o momento do nascimento, o corpo feminino passa por notáveis transformações para sustentar e nutrir o desenvolvimento do feto (Papalia; Feldman, 2013).

Durante a gravidez, a formação da placenta ocorre, sendo um órgão temporário que se desenvolve no útero e funciona como a interface vital entre a mãe e o feto. Este órgão extraordinário é responsável por fornecer nutrientes essenciais, oxigênio e remover resíduos metabólicos, assegurando o bem-estar do feto em crescimento (Papalia; Feldman, 2013).

Conforme a gravidez avança, o útero se expande para acomodar o bebê em desenvolvimento. Em muitos casos, a placenta, que inicialmente pode estar em uma posição mais baixa no útero, gradualmente se afasta do colo do útero à medida que o útero se estende. Entretanto, situações podem surgir em que a placenta permanece em uma posição que pode complicar o processo de parto (Papalia; Feldman, 2013).

Percebemos que a placenta desempenha um papel fundamental na sustentação da gravidez, fornecendo nutrientes essenciais e promovendo a comunicação entre a mãe e o feto. No entanto, a presença de complicações pode transformar esse período em um desafio tanto para a gestante quanto para os profissionais de saúde.

O acretismo placentário, uma condição na qual a placenta adere anormalmente à parede uterina, surge como uma dessas complicações, apresentando riscos significativos para a mãe e o feto. Essa condição, embora rara, tem sido associada a complicações no parto, representando um desafio adicional para a equipe médica durante o processo de nascimento.

A incidência do acretismo, conforme relatado pelo *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, aumentou significativamente ao longo do tempo, saindo de uma média de 1 em 30.000 partos na década de 1950 para aproximadamente 1 em 500 atualmente. Este aumento alarmante está diretamente associado ao aumento das cesarianas, sendo a principal cirurgia uterina de risco (Batista, 2023).

Diante desse cenário, torna-se imperativo explorar e compreender melhor e

profundamente a relação entre as complicações no parto e o acretismo placentário. Este trabalho visa preencher essa lacuna, analisando criticamente a literatura existente, identificando fatores de risco, métodos de diagnóstico e estratégias de prevenção. A compreensão mais aprofundada dessa relação permitirá não apenas uma melhor gestão clínica, mas também a implementação de medidas preventivas eficazes.

Além disso, esta pesquisa contribuirá para a construção de um conhecimento fornecendo subsídios para aprimorar protocolos de cuidados obstétricos e direcionar futuras pesquisas na área. Ao compreender essas interações complexas, podemos avançar em direção a uma prática clínica mais informada e, conseqüentemente, a uma melhor saúde materna e fetal.

Por meio desta investigação, almejamos não apenas ampliar o entendimento acadêmico sobre o tema, mas também contribuir para aprimorar as práticas clínicas, promovendo uma assistência mais segura e eficaz às gestantes que enfrentam complicações no parto associadas ao acretismo placentário.

METODOLOGIA

A metodologia deste estudo foi delineada considerando a necessidade de uma abordagem sistemática para explorar a relação das complicações no parto com o acretismo placentário. Optou-se por uma pesquisa exploratória, conduzida por meio de revisão de literatura, com o intuito de analisar obras em livros, periódicos especializados, produções acadêmicas, bases de dados e publicações científicas que abordassem a temática em questão.

Os critérios de inclusão para a busca de conteúdos foram definidos com base na relevância e atualidade, abrangendo o período de 2000 a 2023. A pesquisa priorizou artigos escritos em Português, Espanol e Inglês, utilizando as palavras-chave específicas, como "acretismo placentário", "affectation placentaire," "complicações no parto," "fatores de risco," e "histerectomia," a fim de garantir a abrangência e a precisão na seleção de materiais.

Considerando a classificação proposta por Paiva (2019), a natureza da pesquisa pode ser categorizada como básica e teórica, pois busca contribuir para o aumento do conhecimento científico sobre a relação entre complicações no parto e acretismo

placentário.

A abordagem adotada para esta pesquisa é exploratória e qualitativa, utilizando conceitos e informações da literatura científica que abordem as complicações no parto relacionadas ao acretismo placentário. Além disso, a revisão de literatura seguiu os princípios preconizados por Mancini e Sampaio (2007), caracterizando-se pela análise e síntese criteriosa das informações provenientes de estudos relevantes publicados sobre o tema em destaque.

À medida que o desenvolvimento da pesquisa exigia informações adicionais para enriquecer o estudo, foram conduzidas pesquisas pontuais por meio do mecanismo de busca do Google. Essa abordagem reflete um método científico-epistemológico, conforme enfatizado por Rozeira et al. (2023, p. 02). Dentro da intrincada trama desse método, os autores destacam que "encontramos a beleza na imprevisibilidade, a sabedoria na complexidade e a verdade na dança da descoberta. Cada fio, cada nó, cada padrão, representa uma expressão singular na incessante busca pelo entendimento". Essa exploração adicional buscou capturar nuances e perspectivas que contribuíssem de maneira significativa para a construção do conhecimento sobre a temática abordada.

RESULTADOS

Apresente aqui seu resultados com tabelas, imagen e etc. Tente apenas não repetir o que esta escrito nas tabelas.

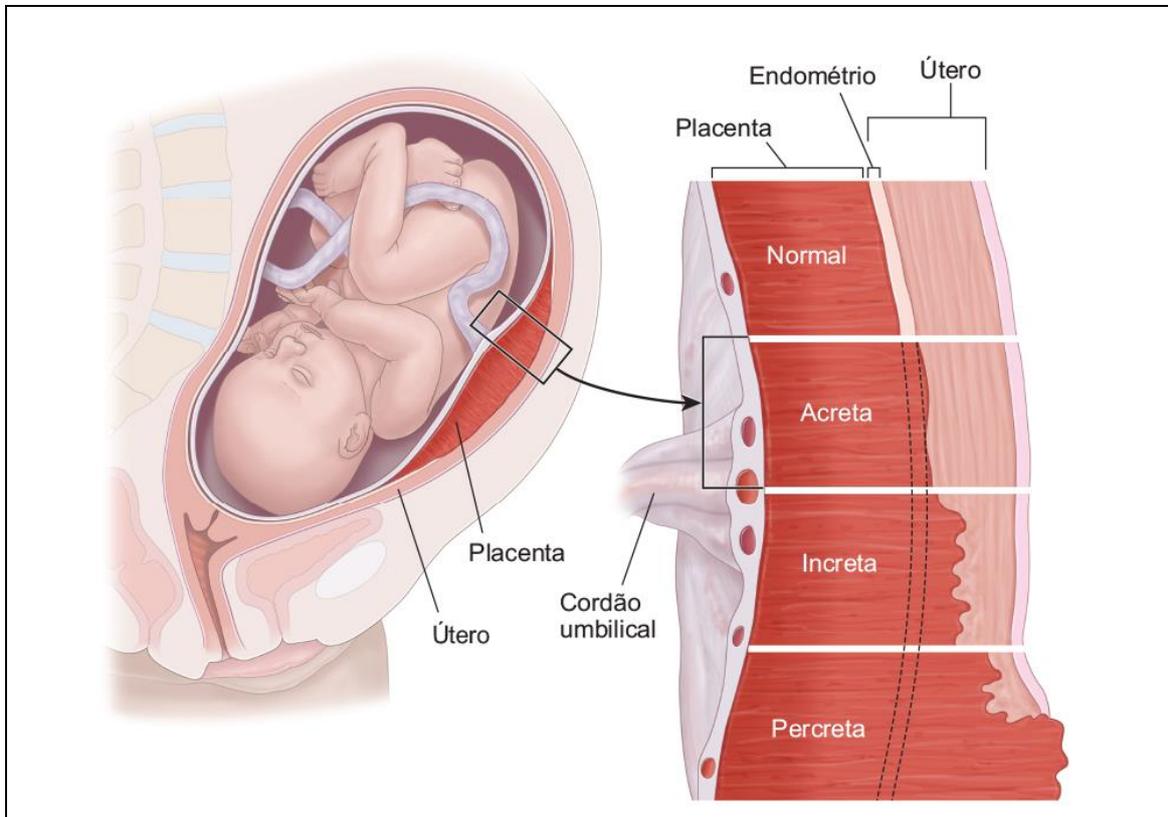
A placenta, estrutura temporária e glandular, desempenha um papel vital na gravidez ao facilitar a conexão essencial entre a mãe e o feto (Torloni et al., 2001). Em circunstâncias normais, a placenta se desenvolve e penetra na camada endometrial do útero, mas em alguns casos, uma condição conhecida como acretismo placentário se manifesta, caracterizada pela aderência anormal da placenta à parede uterina com uma invasão mais profunda (Torloni et al., 2001).

De acordo com Santana e colaboradores (2010), caracteristicamente, a placenta se solta facilmente da parede uterina durante o parto. No entanto, mulheres com acretismo placentário apresentam um grande risco de hemorragia durante a remoção da placenta, podendo em certos casos levar à histerectomia. A implantação placentária é classificada de acordo com a proximidade com o colo uterino em placenta prévia:

centro-total, centro-parcial, marginal e lateral. O acretismo é mais frequente na placenta prévia centro-total do que nas demais variedades, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Os mesmos autores citam que o descolamento prematuro e a rotura uterina são causas de sangramento vaginal no terceiro trimestre de gestação.

A condição é frequentemente classificada em diferentes tipos, dependendo da profundidade da invasão. Os principais tipos incluem placenta acreta, increta e percreta, conforme ilustrado na Figura 01.

Figura 01 - Tipos de Placenta



Fonte: BabyCenter (2021)

A placenta acreta é aquela que penetra mais profundamente na camada basal decidual, podendo atingir o miométrio (músculo uterino) apenas superficialmente. Quando alguma área da placenta está acreta, ela não descolará naturalmente, pois estará aderida anormalmente à decídua (Torloni et al., 2001).

Quando a placenta penetra mais profundamente no útero e invade profundamente a camada muscular, ela é chamada de "increta". Neste caso, a invasão do miométrio por vilosidades normais da placenta pode ser fatal para a mãe no momento do parto (Torloni et al., 2001).

Em dois casos de placenta increta patologicamente comprovados, as áreas anormais foram identificadas retrospectivamente em imagens por ultrassonografia. Em ambos os casos, verificou-se obliteração focal consistente da zona retroplacentária por qualquer tecido ecogênico semelhante ao do tecido da placenta normal ou ligeiramente diminuída. Isto foi encontrado para representar extensão das vilosidades, através da decídua basal no miométrio. O aspecto de placentas invasivas não malignas e os resultados de ultrassonográficos específicos que devem permitir o diagnóstico prospectivo ainda são discutidos (Kathryn et al., 2008).

Quando a placenta ultrapassa o miométrio e tem envolvimento com a serosa uterina anterior (peritônio visceral), ela é denominada percreta (Torloni et al., 2001). A placenta percreta que envolve a bexiga ou vasos pélvicos é potencialmente uma doença catastrófica, com mortalidade materna de 9,5% e perinatal de 24% (Santana et al., 2010).

A invasão da bexiga pela placenta percreta é uma complicação obstétrica com risco de vida potencial, embora rara. O diagnóstico é normalmente estabelecido quando são feitas tentativas para separar a placenta aderente a partir da bexiga. Esta manobra provoca hemorragia maciça que muitas vezes é muito difícil de controlar (Frederiksen et al., 1999).

Um diagnóstico pré-operatório, embora permita a preparação e organização de ajuda multidisciplinar para o que pode ser um procedimento cirúrgico difícil, requer enorme transfusão de sangue adequado. O uso de técnicas de intervenção mais recentes e abordagens cirúrgicas alternativas podem diminuir a morbidade e perda de sangue. Urologistas são geralmente consultados a partir de uma situação de emergência com risco (Chen et al., 2002).

O diagnóstico precoce do acretismo placentário é importante para a gestão adequada dessa condição obstétrica desafiadora. Métodos como ultrassom e ressonância magnética, realizados entre a 20ª e 24ª semana de desenvolvimento embrionário, proporcionam uma visão detalhada da situação placentária, permitindo a identificação antecipada da patologia (Torloni et al., 2001). Embora não exista um tratamento específico, a identificação precoce reduz os riscos para a mãe, destacando a importância do diagnóstico antes do parto para a preparação da equipe médica e a

minimização de complicações hemorrágicas que, em casos graves, podem ser fatais.

Durante o parto, a remoção da placenta é uma etapa crítica, e em mulheres com acretismo placentário, o risco de hemorragia aumenta significativamente. A aderência anormal pode demandar intervenção cirúrgica para conter o sangramento e remover completamente a placenta, podendo, em casos graves, resultar em histerectomia (Torloni et al., 2001). A penetração placentária excessiva, especialmente em áreas onde o endométrio está comprometido, pode levar a uma aderência mais intensa, dificultando a remoção natural durante o parto.

O útero, composto por três camadas - endométrio, miométrio e perimétrio - desempenha um papel fundamental no desenvolvimento embrionário. Em circunstâncias normais, o embrião se fixa na camada esponjosa do endométrio, formando a decídua endometrial como barreira protetora contra a invasão do miométrio pelo trofoblasto (Moore et al., 2008). No acretismo placentário, a fixação anormal resulta na penetração além da camada esponjosa, levando à aderência placentária mais profunda.

O diagnóstico precoce do acretismo placentário evita complicações durante o parto e utilizar ferramentas necessárias durante a gestação (Santana et al., 2010). A ultrassonografia, ressonância magnética e ultrassonografia com doppler são ferramentas valiosas para identificar sinais precoces dessa condição complexa, permitindo uma gestão mais cuidadosa e minimizando os riscos.

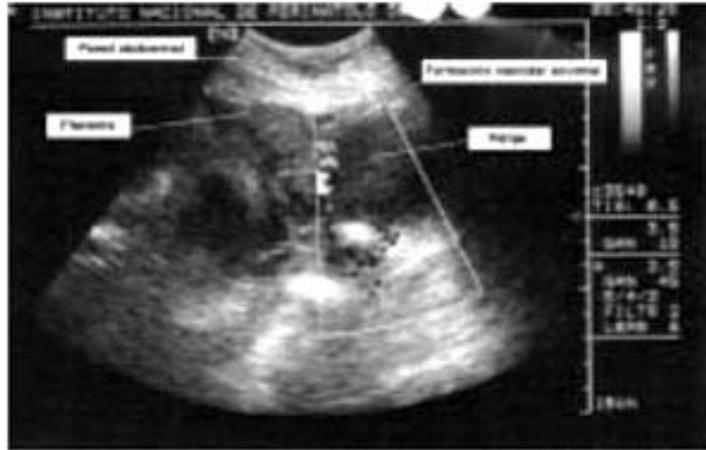
Acredita-se que o acretismo placentário decorra de uma ausência ou deficiência da camada de Nitabuch, que consiste em uma camada de fibrina localizada entre a decídua basal e o córion frondoso (Duenas et al., 2007). Be-nirschke e Kaufman (2000) sugerem que essa condição seja consequência de uma falha na reconstituição do endométrio/decídua basal, especialmente após a cicatrização de uma cesariana.

O diagnóstico geralmente se baseia no uso de métodos como ultrassonografia e ressonância magnética. No entanto, o diagnóstico definitivo do acretismo placentário é realizado por meio de histopatologia, ao verificar a invasão das vilosidades coriônicas no miométrio.

A ultrassonografia é uma ferramenta útil para o diagnóstico, bem como de suas diferentes variantes no segundo e terceiro trimestres da gravidez (Figura 02). Seu uso

em estágios mais precoces da gestação ainda não é conclusivo.

Figura 02 - Ultrassonografia transvaginal. Apresenta sinais de acretismo placentário com invasão da bexiga.



Fonte: Duenas et al. (2007)

Finberb e Williams (1992), estabeleceram a utilidade desta técnica de imagem; entre os critérios diagnósticos estabelecidos estavam a perda da zona miometrial retroplacentária hipoeicoica, o adelgaçamento ou a interrupção da serosa uterina hipereicoica e a interface com a bexiga, a presença de massas exófiticas e uma grande área de sonolucências placentárias.

Chou et al. (2000) utilizaram o ultrassom Doppler, tendo como critérios diagnósticos o fluxo lacunar placentário difuso no parênquima, a hipervascularidade na interface bexiga-serosa e os complexos venosos subplacentários. Com esses critérios, estimaram uma sensibilidade de 82,4%, especificidade de 96,8%, valor preditivo positivo de 87,5% e valor preditivo negativo de 95,3%.

Shin et al. (2002) descreveram o uso do Doppler de potência (Power Doppler) como uma abordagem eficaz na identificação precoce de sinais de acretismo placentário durante o primeiro trimestre da gestação. Este método permitiu a detecção de um recrutamento anormal de vasos subplacentários já às 8 semanas, e, ao atingir as 15 semanas, evidenciou a presença de lagos placentários com fluxo que se estendia até o miométrio.

Chen et al. (2002) realizaram um estudo semelhante, mas com Doppler colorido às 9 semanas, demonstrando também os lagos sanguíneos com fluxo e a perda da zona

hipoecoica, resultando no diagnóstico de acretismo placentário às 10 semanas de idade gestacional, corroborado pela histopatologia.

Dos estudos mencionados, pode-se concluir que o diagnóstico de acretismo placentário é fundamentalmente baseado no fluxo turbulento através dos lagos placentários. No entanto, em grande parte dos casos, essa modalidade não melhora o diagnóstico obtido pela escala de cinzas do ultrassom convencional. Portanto, o Doppler não deve ser utilizado como método de diagnóstico primário para o acretismo placentário. Quanto ao diagnóstico no primeiro trimestre e início do segundo, descobriu-se que os achados de um saco gestacional localizado muito próximo de uma cicatriz uterina prévia no segmento uterino são suspeitos de acretismo placentário, mas não diagnósticos (Oyelese; Smulian, 2006).

Ressonância magnética. Existem vários artigos que mencionam o uso deste método para o diagnóstico do acretismo placentário, no entanto, a maioria é composta por casos retrospectivos que carecem de correlação histopatológica. Estudos mais robustos afirmam que a ressonância magnética não é superior à ultrassonografia, e seu custo é significativamente maior, razão pela qual esse procedimento parece não ter valor como uma prova de pesquisa e talvez possa ser utilizado como um meio de diagnóstico complementar em casos muito específicos (Duenas et al., 2007). Palacios et al. (2005) destacam os benefícios do procedimento contrastado com gadolínio (gadopentato de dimeglumina) injetado em bolo, para o diagnóstico diferencial entre acretismo e percretismo placentário, quando o ultrassom não é conclusivo.

Santana et al. (2010) ressaltam que vários fatores de risco estão relacionados à placenta prévia e ao acretismo placentário. Entre os fatores individuais destacam-se a idade materna avançada, associada ao progressivo dano ao endométrio, deficiência da camada decidual, causando placenta prévia e acretismo. A multiparidade também é apontada como um fator, relacionada à deficiência da camada decidual, ocorrida por trauma do endométrio em cesáreas ou curetagens uterinas, resultando na implantação anormal da placenta.

A gestante com placenta prévia central e histórico de duas ou mais cesáreas é considerada de maior risco para o acretismo placentário. Esse conhecimento, conforme destaca Torloni et al. (2010), é de grande utilidade para o obstetra, permitindo ações

importantes durante o pré-natal, como informar a paciente e sua família sobre os riscos e possíveis consequências, evitando complicações inesperadas relacionadas à morbidade e mortalidade maternas.

É importante considerar que, devido à maior frequência de cesarianas, há um aumento na incidência de placenta acreta, com potencial comprometimento de órgãos vizinhos, incluindo a bexiga (Perucca et al., 2002).

Rezende e colaboradores (2000) apontam que o pré-natal deficiente, caracterizado por número insuficiente de consultas, abandono e alta precoce do serviço, contribui para a falta de diagnóstico de doenças que podem surgir no final da gestação, aumentando o risco de ocorrência dessas mortes. Portanto, um acompanhamento adequado durante o pré-natal é essencial para a identificação precoce de complicações relacionadas à placenta prévia e acretismo placentário.

O tratamento da placenta acreta envolve frequentemente a histerectomia, embora relatos na literatura destaquem casos resolvidos de forma conservadora por embolização da artéria uterina (Perucca et al., 2002). O diagnóstico de acretismo placentário requer uma abordagem multidisciplinar, com a realização de histerectomia total abdominal, envolvendo obstetras, cirurgiões vasculares, urologistas e transfusionistas (Santana et al., 2010).

No caso de detecção prévia de acretismo placentário, a histerectomia é programada para a 35ª semana de gestação por cesariana, visando evitar complicações operatórias. O tratamento sem detecção prévia no parto normal envolve curetagem uterina seguida, se necessário, de histerectomia total abdominal, apresentando riscos semelhantes, mas com agravantes pela falta de equipe multidisciplinar (Torloni et al., 2001).

Entendemos que o acretismo placentário é uma condição obstétrica grave que pode acarretar diversas complicações durante o parto. Podemos analisar as principais complicações no quadro 01.

Quadro 01 – Complicações recorrentes durante o parto com acretismo placentário

Complicações	Descrição
Hemorragia Pós-Parto Grave	A principal complicação é a hemorragia pós-parto intensa. Como a placenta está anormalmente aderida ao útero, sua remoção pode resultar em sangramento excessivo. Isso representa um risco significativo para a mãe e pode levar à necessidade de transfusões sanguíneas e até mesmo à histerectomia de emergência para controlar a hemorragia.
Lesões Uterinas	Durante a tentativa de remoção da placenta, as manipulações podem causar lesões no útero, aumentando o risco de complicações a longo prazo, como a formação de fístulas ou a necessidade de futuras intervenções cirúrgicas.
Infecções	A exposição prolongada dos tecidos durante procedimentos cirúrgicos, como a tentativa de remoção da placenta, aumenta o risco de infecções uterinas e abdominais.
Dificuldades no Parto normal	A aderência anormal da placenta pode dificultar o parto normal. Em alguns casos, é necessária uma cesariana para evitar complicações adicionais.
Danos a Órgãos Adjacentes	Em casos graves de acretismo, a placenta pode invadir órgãos adjacentes, como a bexiga ou o intestino. Isso pode resultar em lesões nos órgãos afetados, aumentando a complexidade do tratamento.
Risco de Morte Materna	Em situações extremas, onde a hemorragia não pode ser controlada efetivamente, e as complicações se tornam graves, há um risco significativo de morte materna. Essa é uma das razões pelas quais o acretismo placentário é considerado uma condição obstétrica de alto risco.

Fonte: Autoria própria

Complicações pós-operatórias da histerectomia incluem hemorragias, infecções, lesões de bexiga, tromboflebites, entre outras, destacando-se a necessidade de manter os níveis de hemoglobina e realizar transfusões em casos de grande perda de sangue (Santana et al., 2010). A negligência no acompanhamento do trabalho de parto, puerpério e a falta de banco de sangue na maternidade são apontadas como fatores de risco para ocorrência de óbito materno (Rezende et al., 2000).

De acordo com Moldenhaue (2023), os sinais e sintomas comuns incluem sangramento vaginal abundante durante a separação manual da placenta após o parto, embora o sangramento possa ser mínimo ou ausente. O diagnóstico pré-natal é geralmente realizado por ultrassonografia, especialmente em mulheres em risco, e a avaliação completa da interface uteroplacentária é essencial para monitoramento adequado. Durante o parto, a suspeita de placenta acreta surge se não houver dequitação da placenta após 30 minutos do parto, se as tentativas de remoção manual não criarem um plano de separação, ou se a tração placentária resultar em hemorragia intensa. Nesses casos, a laparotomia é necessária, com preparação para grandes volumes de hemorragia.

O tratamento principal da placenta acreta é a cesariana/histerectomia programada. A realização desse procedimento em centros especializados é recomendada para melhores resultados maternos e fetais. A cesariana/histerectomia, preferencialmente realizada por cirurgião pélvico experiente, é programada por volta da 34ª semana de gestação para otimizar o equilíbrio entre resultados maternos e fetais. Em casos específicos, quando há foco, uterina ou posterior, os médicos podem tentar salvar o útero, mas apenas se não houver hemorragia aguda, utilizando métodos como a administração de alta dose de metotrexato ou embolização arterial uterina, ligadura arterial e tamponamento com balão (Moldenhaue, 2023).

O aumento da frequência de cesarianas, especialmente as eletivas, contribui para a prevalência do acretismo placentário, sugerindo a necessidade de profilaxia com a redução do número de cesáreas e evitando prolongamentos indevidos da incisão uterina (Santana et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao abordarmos a temática do acretismo placentário, é inegável reconhecer a gravidade desse problema para as mulheres que foram submetidas a cirurgias cesarianas, possuem cicatrizes uterinas ou apresentam placentas concentradas na parte inferior do útero. Esta condição representa uma séria ameaça devido às lesões nas artérias uterinas, tornando imperativo que os serviços de saúde capacitem suas equipes para enfrentar esse problema de natureza crítica. É essencial que a equipe de saúde possua conhecimento científico sólido, capaz de salvar vidas diante de complicações tão delicadas.

A promoção do parto natural e humanizado surge como uma estratégia preventiva valiosa, visando evitar futuras dificuldades e negligências médicas decorrentes da falta de conhecimento e embasamento teórico. Profissionais de saúde devem atuar como motivadores e defensores dessa abordagem, reconhecendo seus benefícios na redução do risco de acretismo placentário. A rapidez, segurança e equilíbrio da equipe são elementos cruciais, pois a falta de assistência, mesmo por um minuto, pode resultar em complicações graves, incluindo a morte materna.

Portanto, a conclusão é clara: a abordagem proativa, informada e habilidosa diante do acretismo placentário é fundamental. Ao investir em educação continuada e capacitação, os serviços de saúde podem desempenhar um papel importante na prevenção e gerenciamento eficaz dessa condição, contribuindo para um cenário mais seguro e saudável para as gestantes. Cabe ressaltar que o compromisso com a promoção de práticas de parto conscientes e embasadas em evidências científicas é um passo valioso para mitigar os riscos associados ao acretismo placentário e garantir a preservação da vida materna.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Elen. **Conheça o acretismo placentário, uma das principais causas de morte materna**. Portal da Faculdade de Medicina da UFMG, 2023. Disponível em: <<https://www.medicina.ufmg.br/conheca-o-acretismo-placentario-uma-das-principais-causas-de-morte-materna/>>.

BERNISCHKE, K.; KAUFMANN, P. Placental shape aberrations. In: BENIRSCHKE, K.;



KAUFMANN, P. (Eds.). **Pathology of the human placenta**. 4th ed. New York (NY): Springer; 2000. p. 399-418.

CHEN, Y. J.; WANG, P. H.; LIU, W. M.; LAI, C. R.; SHU, L. P.; HUNG, J. H. Placenta accreta diagnosed at 9 weeks' gestation. **Ultrasound Obstet Gynecol**, 2002;19:620-2.

CHOU, M. M.; HO, E. S.; LEE, Y. H. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound. **Ultrasound Obstet Gynecol**, 2000;15:28-35.

DUENAS, O.; RICO, H.; RODRIGUEZ, M. ACTUALIDAD EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL ACRETISMO PLACENTARIO. **Rev. chil. obstet. ginecol.**, Santiago, v. 72, n. 4, p. 266-271, 2007.

FINBERG, H. J.; WILLIAMS, J. W. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section. **J Ultrasound Med**, 1992;11:333-43.

MANCINI, MC; SAMPAIO, RF. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos , v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.

MOLDENHAUE, Julie S. Moldenhauer. Placenta accreta. Manual MSD Versão para profissionais de saúde, 2021.

MOORE, L. K.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia básica**. 7ª edição. Rio de Janeiro RJ: Editora Saunders Elsevier, 2008.

OYELESE, Y.; SMULIAN, J. O. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. **Obstet Gynecol**, 2006;107:927-41.

PAIVA, V. L. M. O. **Manual de Pesquisa em Estudos Linguísticos**. São Paulo: Parábola, 2019.

PALACIOS JARAQUEMADA, J. M.; BRUNO, C. H. Magnetic resonance imaging in 300 cases of placenta accreta: surgical correlation of new findings. **Acta Obstet Gynecol Scand**, 2005;84:716-24.

PAPALIA, D. E., Olds, S. W., & FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano** (12. ed., D. Bueno, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed. 2013.

PERUCCA, E.; CAZENAVE, H.; BARRA, A.; OCHOA, N.; VILLAGRÁN, G.; ESPINOZA, R.; ESTAY, R.; BUSTAMANTE, R.; SIEBERT, A. Placenta Previa Percreta com Invasão Vesical. **Revista chilena de obstetricia y ginecologia**, v.67, n.5, Santiago, 2002, p. 364-367.

PLACENTA prévia: riscos e cuidados na gravidez. **BabyCenter**, 2021. Disponível em: <<https://brasil.babycenter.com/a1500570/placenta-prévia-riscos-e-cuidados-na-gravidez>>.

REZENDE, C. H. A. de; MORELI, D.; REZENDE, I. M. A. A. de Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997 – **Revista de Saúde Pública**. vol.34 n.4 São Paulo, Aug. 2000.

ROZEIRA, C. H. B.; ROZEIRA, C. F. B.; SILVA, M. F. da. Trama Epistemológica: Entretecendo o Conhecimento Científico. **Portal Zenodo**, 2023. Disponível em <https://doi.org/10.5281/zenodo.10002060>



SANTANA, D. S. N.; FILHO, M. N. L.; MATHIAS, L. Conceito, diagnóstico e tratamento de placenta prévia acreta com invasão de bexiga: revisão sistemática da literatura. **Revista FEMINA**, Março 2010, vol. 38, nº 3, p. 147-153.

SHIH, J. C.; CHENG, W. F.; SHYU, M. K.; LEE, C. N.; HSIEH, F. J. Power Doppler evidence of placenta accreta appearing in the first trimester. **Ultrasound Obstet Gynecol**, 2002;19:623-5.

TORLONI, M. R.; MORON, A. F.; CAMANO, L. **Placenta Prévia**: Fatores de Risco para o Acretismo. **RBGO** - v. 23, nº 7, 2001, p. 417-422.