

OBSTETRÍCIA

Para elas

Editores-chefes:

Henri Augusto Korkes, Md PhD

Eduardo Cordioli, Md PhD

19ª Edição - janeiro | 2026

ISSN 3085-7708

A REVISTA QUE TRAZ
CONTEÚDO CIENTÍFICO
PARA QUEM MAIS
PRECISA: AS PACIENTES

NÚMERO CRESCENTE DE CESARIANAS
É UM FATOR IMPACTANTE NA
MORTALIDADE MATERNA

O QUE SÃO AS SÍNDROMES
HEMORRÁGICAS

POR QUE PRECISAMOS FALAR
SOBRE MORTALIDADE MATERNA?

QUANDO A VIDA EXIGE PREPARO:
UM RELATO DE QUEM ENFRENTOU
DUAS HEMORRÁGIAS NO PARTO

ESPECIAL:
SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

REALIZAÇÃO:



APOIO:



NOSSO OBJETIVO



A Revista Obstetrícia Para Elas é um projeto construído com cuidado e propósito: tornar mais simples a ciência por trás das recomendações médicas e ajudar a gestante a compreender, com clareza, os principais desafios da gravidez. Abordamos os avanços mais recentes da medicina e as atualidades da gestação, além de esclarecer e desmistificar muitas das “lendas” que ainda cercam o universo materno.

Acreditamos que o acesso à informação qualificada é fundamental para reduzir a mortalidade materna no Brasil. Quando a mulher entende seu corpo, seus sintomas e as possíveis complicações, ela se torna agente ativa no cuidado com a própria saúde. Mais do que orientar, queremos contribuir com um movimento de conscientização, autonomia e protagonismo feminino — porque com conhecimento e diálogo, podemos avançar ainda mais nessa luta.

EDITORES CHEFES



Dr. Henri Augusto Korkes

- Mestre e Doutor em Ciências pela Unifesp
- PhD pela Harvard Medical School – PhD Program / Sandwich
- Membro Co-Fundador da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo

- Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância na FCMS/PUC-SP
- Presidente da Sogesp Sorocaba e Vale do Ribeira



Dr. Eduardo Cordioli

- Mestre em Ciências pelo Departamento de Obstetrícia da Unifesp
- Doutor em Medicina pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein
- MBA Executivo pelo Insper
- Fundador, ex-presidente e atual membro do Conselho da Saúde Digital Brasil

- Ex-presidente e atual membro da Comissão Nacional de Urgências Obstétricas da Febrasgo
- Diretor técnico de Obstetrícia do Grupo Santa Joana

EDITORES CONVIDADOS



Gabriel Costa Osanan

- Professor Associado do Departamento de Ginecologia/Obstetrícia - UFMG
- Professor da Faculdade de Medicina UNIFENAS e FAMINAS - BH
- Membro Fundador da Rede Brasileira de

Acretismo Placentário

- Membro da Associação Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional
- Vice-Presidente da Comissão Nacional Especializada de Urgências Obstétricas – FEBRASGO
- Instrutor da Estratégia Zero Morte Materna por HPP - Ministério da Saúde- OPAS/OMS – Brasil
- Membro da Diretoria da SOGIMIG



Ivan Fernandes Filho

- Doutorando pelo Departamento de Obstetrícia da EPM/Unifesp
- Mestre em Educação nas Profissões da Saúde pela PUC-SP
- Professor Auxiliar de Obstetrícia junto ao

Departamento de Reprodução Humana e Infância – PUC-SP

- Coordenador Acadêmico da Obstetrícia – HSL/PUC-SP
- Representante Credenciado da SOGESP - Sorocaba
- Médico obstetra integrante do setor de Pré-natal de Alto Risco da Policlínica Municipal de Sorocaba (PMS)

UMA TRAJETÓRIA EDITORIAL GUIADA POR EVIDÊNCIA, SENSIBILIDADE E ÉTICA



ACESSE AS EDIÇÕES ANTERIORES:



@drhenrikorkes



site Dr. Henri Korkes



QUER PUBLICAR CONOSCO?

Acesse as normas editoriais pelo QR Code.

Contato editorial

Prof. Dr. Henri A. Korkes

+55 15 99848-1311 | henrikorkes@gmail.com

Direitos autorais

Os autores cedem os direitos de publicação à revista por meio de consentimento prévio.



EXPEDIENTE

Revista: Obstetrícia para Elas

Responsável pela publicação e editor-chefe:

Dr. Henri Augusto Korkes – CRM 124803 – RQE 72918

Projeto gráfico e diagramação: Renata S. Pavan

Contato: 15 98105-0590 | rpsorocaba@gmail.com

NÚMERO CRESCENTE DE CESARIANAS É UM FATOR IMPACTANTE NA MORTALIDADE MATERNA

A mortalidade materna em nosso país ainda é um assunto prioritário de saúde. Nossa elevada razão de morte materna é extremamente alta quando comparada a países desenvolvidos, ou mesmo em relação aos nossos vizinhos da América, como Chile e Uruguai. Vivemos em uma era de intensos avanços científicos, com um crescente de descobertas sobre tratamentos e prevenções efetivas para muitos agravos na assistência obstétrica. No entanto, a despeito dos grandes avanços, não conseguimos obter uma redução esperada na mortalidade materna, fazendo com que todos que trabalham diretamente neste enfrentamento se sintam frustrados.

Dentre muitos problemas e dificuldades que ainda enfrentamos na obstetrícia brasileira, um deles salta aos olhos quando o assunto é hemorragia e mortalidade materna. Sabemos que um dos fatores de risco para complicações hemorrágicas é o parto operatório, conhecido como parto cesariano, ou simplesmente cesariana.

Nas palavras de um grande mestre da obstetrícia brasileira: “Não se discute a importância que a cesariana possui na evolução da obstetrícia, no entanto, o aumento descontrolado incrementa a morbidade, transformando a solução em problema e esquecendo a arte e os preceitos da boa prática obstétrica.” (Professor Bussamara Neme).

O Brasil, em 2024, teve 61% de cesáreas entre os partos ocorridos em todo o território nacional. Cifras nunca antes alcançadas, que refletem a gravidade dessa epidemia no contexto nacional. O parto cesariano, por ser um ato cirúrgico, traz mais riscos à saúde materna, entre eles, elevando as chances de hemorragias no período pós parto, um dos maiores causadores de morbidade materna. Também, eleva as chances de complicações em futuras gestações, como a placenta prévia (baixa) e o acretismo placentário (quando a placenta não descola do útero), ambas causas diretas de morte materna. Desta forma, entendemos que a conscientização das pacientes sobre os riscos relacionados aos partos cesarianos sem indicação médica, poderia auxiliar muito no combate a morte materna em nosso país.

Ao longo desta edição, tentaremos explicar de forma simples, todo esse universo das síndromes hemorrágicas, para que juntos possamos mudar nossa triste realidade. Sejam bem-vindos e bem-vindas, esperamos que aproveitem esta edição especial, construída com muito carinho para vocês, por professores dedicados a reduzir morte materna em nosso país.



Henri Augusto Korkes

- Mestre e Doutor em Ciências pela Unifesp
- PhD pela Harvard Medical School – PhD Program / Sandwich
- Membro Fundador da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da Febrasgo
- Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância da FCMS/PUC-SP
- Diretor Científico da Sogesp Sorocaba e Vale do Ribeira



Roseli Nomura

- Diretora administrativa da Febrasgo
- Profa adjunta do Depto de Obstetrícia da EPM-Unifesp
- Livre-docente em Obstetrícia pela FMUSP
- Advogada, especialista em Direito Médico, Administrativo e Constitucional

PROFISSIONAIS QUE ASSINAM, COM CIÊNCIA E PROPÓSITO, CADA PÁGINA DESTA REVISTA



SUMÁRIO



- **Por que precisamos falar sobre mortalidade materna?** *(Maria Rita de Souza Mesquita).* 07
- **O que são as síndromes hemorrágicas e como elas colocam em risco a saúde da gestante?** *(Antonio Rodrigues Braga Neto).* 08
- **Preeclampsia is a blood business** *(Prof. Dr. Nelson Sass).* 09
- **O que é o acretismo placentário e por que ele é tão perigoso?** *(Sue Yazaki Sun).* 10
- **Quando a vida exige preparo: um relato de quem enfrentou duas hemorragias no parto** *(Caroline de Abreu Estanislau).* 11
- **Eu tenho fatores de risco para ter hemorragia ou acretismo? O que devo fazer?** *(Hélio Cabral da Silva e Laíses Braga Vieira).* 12
- **Prevenção da Hemorragia Pós-Parto: um cuidado que salva vidas** *(Gabriel Costa Osanan e Reginaldo Antônio de Oliveira Freitas Júnior).* 14
- **Quais são os sinais de alerta de uma hemorragia pós-parto? Como eu como paciente ou meus familiares podem ajudar?** *(Regina Amelia Lopes Pessoa De Aguiar e Marianne Sylvia Rezende Estermann).* 16
- **O que a equipe de saúde deve fazer nos primeiros minutos de uma hemorragia?** *(Sara Toassa Gomes Solha).* 18
- **Como é o tratamento medicamentoso da hemorragia pós-parto quando o útero não se contrai?** *(Gilberto Nagahama).* 19
- **O que fazer quando as medicações falham na hemorragia pós-parto por atonia uterina?** *(Henri Augusto Korkes, Renato José Bauer e Ivan Fernandes Filho).* 20
- **Escolha informada do tipo/via de parto no acretismo placentário e possíveis consequências associadas?** *(Gabriel Costa Osanan, Janete Vettorazzi e Álvaro Luiz L. Alves).* 22
- **Por que é importante diagnosticar e tratar a anemia na gravidez? Estratégias simples e eficazes que toda gestante precisa conhecer para evitar a anemia.** *(Felipe Favorette Campanharo).* 24
- **Como eu sei se eu tenho risco de acretismo placentário?** *(Conrado Milani Coutinho).* 26

SUMÁRIO



• <u>Onde devo ser tratada e ter meu parto se tiver um quadro de Acretismo placentário?</u> <i>(Helaine Maria Bestetti Pires Mayer Milanez).</i>	28
• <u>O que é placenta prévia e o que fazer se tenho este diagnóstico? Qual seu seguimento durante a gestação?</u> <i>(Marianna Facchinetti Brock).</i>	29
• <u>O que é a Rede Brasileira de Acretismo Placentário (REBRAC)?</u> <i>(Janete Vetorazzi).</i>	30
• <u>Toda mulher com acretismo precisa retirar o útero? Há risco para futuras gestações?</u> <i>(Lucas Barbosa).</i>	31
• <u>Como é o planejamento do parto quando há risco de hemorragia ou acretismo?</u> <i>(Eduardo Cordioli e Mario Macoto Kondo).</i>	32
• <u>Quem compõe a equipe multidisciplinar que cuida da mulher com risco de hemorragia ou acretismo?</u> <i>(Elisiane Gomes Bonfim e Mônica Iassanã Reis).</i>	34
• <u>Por que profissionais treinados para o enfrentamento da mortalidade materna podem fazer a diferença no atendimento às emergências hemorrágicas? O papel da enfermagem neste enfrentamento.</u> <i>(Mônica Iassanã Reis).</i>	36
• <u>Ações que salvam vidas: O que é a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia (OMMxH)?</u> <i>(Gabriel Costa Osanan e Mônica Iassanã Reis).</i>	37
• <u>Ações que salvam vidas: Cursos de emergências obstétricas para médicos (CEO). Como as capacitações influenciam a prática assistencial?</u> <i>(Elaine Christine Dantas Moisés, Silvana Maria Quintana, Vera Therezinha Medeiros Borges, Rosiane Mattar, Fernanda Spadotto Baptista e Cristiane de Freitas Paganoti).</i>	39
• <u>Ações que salvam vidas: A importância do uso das caixas de emergências para HPP, em todos os locais de atendimento de gestantes ou puérperas.</u> <i>(Fabiano Elisei Serra).</i>	41
• <u>Sobrevivi a uma hemorragia pós-parto (HPP), o que tenho a compartilhar?</u> <i>(Aline Priscila Rego de Carvalho).</i>	42
• <u>Transfusão na hemorragia pós-parto</u> <i>(Prof. Dr. Marcelo Gil Cliquet e Prof^ª. Dra. Antonianna Furtado Cavalcante Vecina).</i>	43
• <u>A importância do ensino sobre hemorragia pós-parto durante a graduação</u> <i>(Henri Korkes, Maria Laura Moreno Nascimento Canineu Brandão e Danilo Ramirez de Gregori).</i>	44

POR QUE PRECISAMOS FALAR SOBRE MORTALIDADE MATERNA?



Maria Rita de Souza Mesquita

- Presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP).
- Membro da Rede Brasileira de Estudos Sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG).

Falar sobre mortalidade materna e suas causas torna-se essencial quando pensamos no bem-estar e na saúde das mulheres durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o término da gestação, devido a causas relacionadas ou agravadas por este período. Destacamos entre elas, os quadros de infecção, distúrbios hipertensivos além de situações relacionadas a eventos hemorrágicos, todos com possibilidades de prevenção direta associadas a uma melhor evolução e desfechos clínicos.

As hemorragias obstétricas como hemorragia pós-parto, placenta prévia (popularmente conhecida como placenta baixa), descolamento prematuro de placenta (quando a placenta desprende do útero antes do nascimento do bebê) e rotura do útero, estão entre as principais causas de morte materna no mundo e particularmente, no Brasil, em especial, nas regiões socioeconomicamente menos favorecidas.

Uma das metas brasileiras é zerar o número de mortes maternas por hemorragias no pós-parto e nos abortamentos – “Estratégia Zero Morte Materna por hemorragia” – importante iniciativa da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) em conjunto com o Ministério da Saúde – visando transmitir conhecimento teórico-prático, promovendo mudança de atitudes e desenvolvendo habilidades para o controle das emergências obstétricas hemorrágicas, responsáveis por grande parte dos óbitos maternos.

Estas condições podem levar a perda de grande parte do volume de sangue – perda sanguínea maior ou igual a 1.000 ml ou sangramento acompanhado de sinais ou sintomas como tonturas, fraqueza, sensação de desmaio e queda de pressão arterial (choque hemorrágico), insuficiência de múltiplos órgãos e até o óbito materno em minutos a horas se não identificadas e tratadas rapidamente.

O maior número de mortes maternas nas síndromes hemorrágicas pode estar diretamente relacionado à qualidade da assistência obstétrica e da capacidade de um sistema de saúde prevenir, reconhecer e tratar complicações graves durante a gestação, parto e puerpério.

A redução das complicações pode ser verificada através do início precoce da assistência pré-natal com avaliação dos fatores de risco, orientações específicas e avaliação multiprofissional formada por médicos especialistas em Obstetrícia, enfermeiras obstétricas, nutricionistas, psicólogos entre outros além da garantia de parto e pós-parto assistido por profissionais capacitados e associado às boas práticas de assistência materno fetal.

Cabe ao Sistema de saúde, qualificar os profissionais que realizarão os primeiros atendimentos emergenciais fortalecidos por protocolos padronizados de manejo rápido, acesso a serviços de emergência, equipes cirúrgicas habilitadas, anestesia, banco de sangue e medicamentos essenciais para assistência adequada nestes casos.

Redução da Mortalidade Materna depende da conscientização sobre a ocorrência de síndromes hemorrágicas, de políticas públicas envolvendo campanhas de prevenção, melhoria dos serviços de atendimento e capacitação dos profissionais envolvidos além de infraestrutura mínima especializada.

O QUE SÃO AS SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

e como elas colocam em risco a saúde da gestante?

Em seu tratado clássico, Williams Obstetrics já vaticinava que “Obstetria é um negócio sangrento”. A frase chama a atenção para uma realidade inegável: a gravidez e o parto envolvem mudanças profundas no organismo da mulher, promovendo um aumento da circulação sanguínea e uma maior predisposição a sangramentos volumosos. Em tudo terminando bem, espera-se uma perda sanguínea de meio litro após o parto vaginal sem intercorrência, sendo o dobro nas cesarianas, o que não é desprezível. Quando esses sangramentos fogem do esperado, quer em volume, quer em frequência, falamos na ocorrência das síndromes hemorrágicas da gestação.

Essas síndromes não são clinicamente irrelevantes, vez que estão entre as principais causas de morte materna no mundo e representam um grande desafio para as equipes de saúde em nosso país. Por isso, compreender o que são e por que são tão danosas é fundamental para as mulheres e suas famílias.

São as síndromes hemorrágicas os diferentes quadros clínicos em que há sangramento intenso durante a gestação, o parto ou o pós-parto, capaz de colocar em risco a vida da gestante e, muitas vezes, também a do bebê.

Esses sangramentos podem ser anteparto, intraparto e pós-parto. A hemorragia anteparto pode ocorrer no início da gestação, mais comumente sob a chancela do abortamento, da gravidez ectópica ou da doença trofoblástica gestacional; ou no final da gestação, nos casos de inserção viciosa da placenta ou no descolamento prematuro da placenta. Durante o parto, as causas de hemorragia obstétrica podem estar ligadas à vasa prévia, à rotura uterina ou ao espectro da placenta acreta; devendo a própria operação cesariana ser aqui considerada como uma importante causa de hemorragia intraparto. E no pós-parto as mulheres sangram por deficiência de tônus uterino, laceração do canal do parto, retenção de fragmentos da placenta no útero ou alteração dos fatores de coagulação.

Essas emergências médicas são extremamente graves porque o volume de perda sanguínea, em pouco tempo, pode determinar quadros de choque, levando à morte. Isso porque o organismo da mulher aumenta em quase 50% o volume sanguíneo para sustentar a vida do bebê. Esse mecanismo de adaptação, que parece protetor, também cria um paradoxo: quando ocorre uma hemorragia, as perdas podem ser enormes, catastróficas, cataclísmicas! Uma hemorragia pós-parto, por exemplo, pode levar a uma perda de mais de um litro de sangue em minutos, o suficiente para provocar choque hemorrágico, falência de órgãos e até a morte se não houver intervenção imediata.

A boa notícia é que muitas dessas situações podem ser identificadas precocemente e tratadas de forma eficaz. O acompanhamento pré-natal é essencial para detectar fatores de risco, como hipertensão e fetos muito grandes. O diagnóstico de anemia na gestação e sua correção apropriada também permitem à gestante chegar ao parto com reservas sanguíneas caso venha a sangrar nesse momento crucial da parturição. Reduzir as cesarianas desnecessárias é igualmente importante para controlar a ocorrência do acretismo placentário. Essa complicação obstétrica, em que a placenta penetra a parede do útero, não se descolando após o nascimento, era excepcional há 50 anos, mas vem se tornando cada vez mais frequente, mercê da elevação desarrazoada nas taxas de cesariana em nosso país. Após o nascimento, manter-se ao lado da parida nas primeiras 2 horas ajuda a identificar os sangramentos mais comuns do pós-parto. A festa da família com a chegada de um rebento, deve ser acompanhada pela vigília consciente do obstetra, que, nesse momento, exerce seu mister como convém: estando ao lado de sua paciente. Além disso, hospitais e maternidades precisam estar preparados com equipes treinadas e protocolos de emergência bem definidos para o enfrentamento à hemorragia obstétrica. Caixas de emergência obstétrica contendo insumos essenciais para o controle inicial da hemorragia e treinamentos simulados repetidos são essenciais para minimizar os danos desse agravo comum e tantas vezes ainda letal em nosso país.



Antônio Braga

- Presidente Emérito da Sociedade Brasileira de História da Medicina
- Membro Titular da Academia Brasileira de História da Medicina
- Professor de Obstetria da UFRJ e da UFF

Falar sobre síndromes hemorrágicas pode parecer assustador, mas é também uma forma de empoderar gestantes e famílias. Reconhecer sinais de alerta — como sangramento transvaginal durante a gravidez, tontura, fraqueza extrema ou desmaios no pós-parto — é crucial para buscar ajuda médica imediatamente.

As síndromes hemorrágicas na gestação lembram que, embora a gravidez seja um fenômeno natural, exige atenção e preparo. Ao reconhecer os riscos, investir em pré-natal de qualidade e garantir suporte hospitalar adequado, podemos transformar essa realidade e oferecer às gestantes não apenas segurança, mas também a tranquilidade de viver o nascimento de um filho como um momento sublime da vida e de vida.

Oxalá chegue o dia em que, com orgulho, ostentemos o galardão de termos zero mortes maternas por hemorragia. Nesse momento saberemos que nossa sociedade escolheu, de fato, proteger aquelas que carregam, em seu ventre, o futuro da humanidade.



PREECLAMPSIA IS A BLOOD BUSINESS

(A PRÉ-ECLÂMPسيا É UMA “SITUAÇÃO” QUE SANGRA)



Prof. Dr. Nelson Sass

- Professor Titular do Departamento de Obstetrícia. Escola Paulista de Medicina – UNIFESP
- Responsável pelo setor de hipertensão arterial, nefropatias e transplantadas renais. EPM – UNIFESP
- Membro fundador da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG)
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão da FEBRASGO.

O termo eclâmpsia tem origem na palavra grega que significa ocorrer de repente, uma explosão ou ainda um prenúncio brilhante. A pré-eclâmpsia não é só hipertensão arterial, mas compromete vários órgãos, devido a hipoxia placentária e inflamação com uma diversidade de formas clínicas, com etiologia ainda mal definida e evolução instável e imprevisível.

Antes de ocorrer a morte materna, existem situações definidas como “near miss”, ou seja, gestante ou puérpera que quase morreram, ficando em unidades de terapia intensiva vários dias e retornam para casa com danos definitivos. O “near miss” pode ser ocorrer diante de pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, hellp síndrome, infecções, ruptura uterina e evidentemente, hemorragias.

No texto inicial podemos dizer que pré-eclâmpsia é realmente um negócio sangrento. O processo inflamatório sistêmico apresenta trombose, lesões do endotélio vascular e consumo gradativo de plaquetas, ou seja, trombocitopenia. Além disso os danos do endotélio levam a obstrução dos sinusóides hepáticos com necrose periportal e hemorragia, ativando as plaquetas. A plaquetopenia difusa e seu consumo exacerbado junto com a insuficiência hepática vão determinar quadros graves de distúrbio da coagulação intravascular.

Entre outros aspectos hemorrágicos é a chamada síndrome HELLP onde ocorre hemólise, disfunção hepática e consumo de plaquetas. Caso não se interrompa esse processo, a gestante vai morrer por hemorragia. Alguns exames podem ajudar no diagnóstico, mas a avaliação das plaquetas será fundamental.

Quando a plaquetopenia estiver abaixo de 100.000 mm³ a interrupção da gestação deve ser realizada o mais rápido possível. Também é importante ressaltar a dificuldade de obter plaquetas em tempo oportuno. Importante dizer que será necessária 1 unidade de plaquetas para cada cerca de 10 kg de peso elevando cerca de 5.000 plaquetas. Também serão necessárias doses adicionais cerca de 8 a 12 horas até o controle da hemorragia. Porém, nem sempre hospitais podem oferecer estas ações em tempo oportuno.

Vale também destacar que uma causa frequente de hemorragia obstétrica é a atonia uterina pós-parto. Esta é uma emergência que precisa ser controlada rapidamente pois o sangramento é intenso e rapidamente expolia a puérpera.

Muitos são fatores de risco que podem levar a atonia como uso de doses excessivas de ocitocina para a indução, macrosomia, gemelidade, cesárea pregressa, pré-eclâmpsia, polidrâmnio e grande múltipara. Porém, cerca de um terço de situações de atonia não tinham fatores de risco. Assim, todo o atendimento deve pensar nesta possibilidade e tomar decisões oportunas.

Muitas vezes o uso da ocitocina não consegue manter a contração uterina e se mantém sangrando necessitando ações cirúrgicas, ou seja, a histerectomia que significa a retirada do útero. Porém estas ações não são rápidas e a experiência do processo cirúrgico nem sempre está presente.

Uma forma rápida para reduzir o sangramento é a sutura compressiva cuja técnica pioneira se deve a Christopher B-Lynch. Esta é recomendada ao redor do mundo sendo que uma revisão sistemática mostra que 91,7% das ações tiveram sucesso para reduzir a hemorragia. Fomos pioneiros no Brasil, em São Paulo, no Hospital Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha (HMEVNC).

Finalizando este texto, acredito que colocamos aqui situações de risco e, frente a sangramentos, falamos de ações efetivas em tempo oportuno e reduzir ao máximo mortes maternas por hemorragias que lamentavelmente ainda ocorrem no Brasil.



O QUE É O ACRETISMO PLACENTÁRIO E POR QUE ELE É TÃO PERIGOSO?



Sue Yazaki Sun

- Profa. Adjunta Livre Docente do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina/Unifesp
- Pós-doutorado na Harvard Medical School
- Presidente da Comissão Nacional Especializada em Doença Trofoblástica Gestacional da Febrasgo
- Membro Suplente pela Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo - SOGESP no Comitê Estadual de Vigilância da Morte Materna Infantil e Fetal do Estado de São Paulo
- Coordenadora Médica Obstetra do Hospital Amparo Maternal

O acretismo placentário é um defeito que ocorre na implantação da placenta no útero caracterizado por sua aderência anormal à parede uterina, que pode ocorrer em vários graus e por isso, é também conhecido como espectro da placenta acreta (EPA).

Em uma placenta normal, existe um plano de clivagem entre a placenta e a parede uterina, por meio do qual, após o nascimento do recém-nascido, a placenta descola e naturalmente é expulsa do útero, fenômeno chamado de dequitação. No entanto, no EPA, parte da placenta encontra-se firmemente aderida à parede do útero, impedindo esse descolamento natural. A tentativa forçada de descolamento da placenta nestes casos provoca hemorragia catastrófica, podendo levar à morte materna, evidenciando a gravidade desse quadro.

O útero é recoberto internamente por uma mucosa, o endométrio, que se modifica ao longo do ciclo menstrual sob a ação dos hormônios, estrogênio e progesterona, produzidos pelos ovários. Na ausência de gravidez, ao final do ciclo, o endométrio descama na forma de menstruação. Na gravidez, o endométrio passa a se chamar decidua, e funciona como um “tapete” sobre o qual a placenta se acomoda e serve como plano de clivagem, citado anteriormente. Cirurgias uterinas que atingem o endométrio, tais como, curetagens uterinas repetidas, retirada de miomas submucosos e principalmente, partos cesáreos representam fatores de risco para desenvolvimento do EPA.

No parto cesárea, para retirada do feto, é feita uma abertura no útero (histerotomia) de aproximadamente 12 cm e, em toda essa extensão o endométrio é agredido. Embora haja recuperação, nessa área da cicatriz da cesárea, o endométrio pode ficar com falhas, tal como um tapete com a trama danificada. A histerotomia é feita um pouco acima do colo do útero. Numa gestação posterior, se a placenta ficar perto do colo do útero, quando é chamada de placenta prévia (PP), encontrará o endométrio danificado e entrará em contato diretamente com a camada abaixo do endométrio (miométrio) dando origem ao EPA.

A taxa de nascimento por parto cesárea vem crescendo no mundo inteiro e no Brasil, gira atualmente em torno de 57%. O risco de EPA aumenta à medida que aumenta o número de repetição de partos cesáreos. Portanto, é importante que as mulheres tenham conhecimento do EPA e considerem esse risco no momento de optar pelo parto cesárea.

Na ultrassonografia morfológica de segundo trimestre, é fundamental a avaliação da posição da placenta por via transvaginal. Caso a placenta esteja próxima ao colo do útero e a paciente tenha antecedente de cesárea prévia, ela deve ser acompanhada de modo especial, preferencialmente por médicos especializados e capacitados a identificar sinais ultrassonográficos de EPA.

De forma ideal, o parto de gestantes com suspeita de EPA deve ser realizado em hospitais com ginecologistas experientes no assunto, de forma programada e sistematizada. Além dos ginecologistas obstetras experientes, a equipe deve contar com o apoio de cirurgiões onco ginecológicos, urologistas, cirurgiões vasculares, anestesiológicos, hematologistas e pediatras, além de equipe de enfermagem treinada.

Devido à impossibilidade de dequitação placentária na área de EPA, a retirada da placenta é feita, na grande maioria dos casos, por meio da retirada do útero (histerectomia). Quando possível, pode ser feita a retirada da parte do útero acometida pelo EPA, conservando-se o restante do útero.

Nessas cirurgias o sangramento costuma ser grande, e algumas estratégias são fundamentais: suplementação com ferro durante a gravidez para prevenir/tratar anemia, reserva antecipada de sangue e hemoderivados, uso de máquinas para recuperação de sangue durante a cirurgia (cell-saver) e reaplicação do sangue recuperado para a paciente.

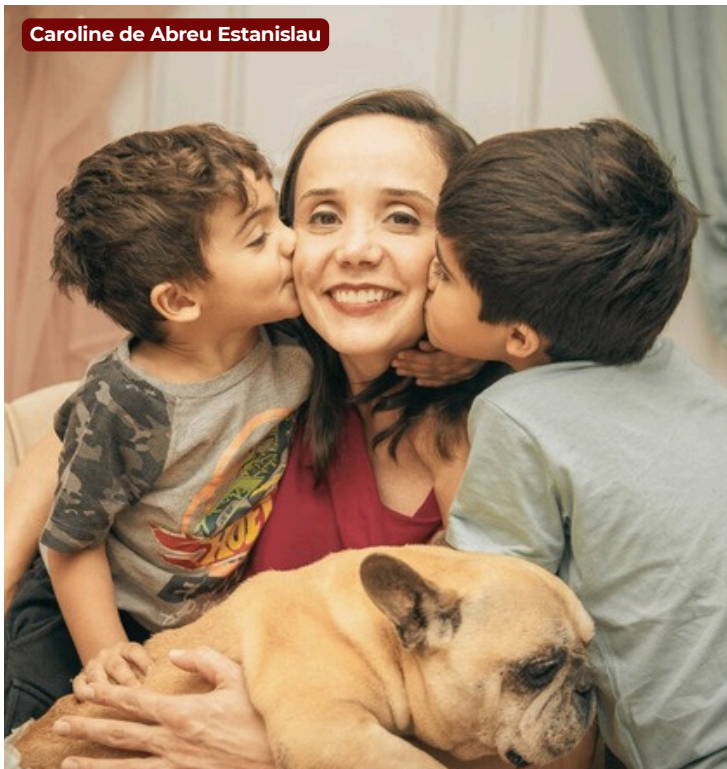
Em situações em que o EPA não foi diagnosticado previamente ao parto e é um achado “supresa” no momento de uma cesárea, se todos os requisitos citados acima não estiverem disponíveis, a equipe médica poderá escolher retirar o feto por uma incisão uterina em região livre de placenta, fechar o útero com a placenta dele, fechar a parede abdominal e providenciar resolução posterior com equipe experiente.

No Brasil, em 2022, apoiados pela Febrasgo, um grupo de profissionais especialistas do país inteiro constituiu a REBRAC - Rede Brasileira de Acretismo Placentário (<https://www.instagram.com/redeacretismo?igsh=cGlxZ2tudWJtanY1>) que tem promovido a divulgação do EPA entre médicos e toda população, bem como treinamentos e troca de experiências no intuito de melhorar os desfechos das gestantes com a doença.

Como mensagem final, ressaltamos que o EPA é uma doença grave, que pode levar à morte materna, e que pode ser evitada com a repetição de partos cesáreos.

QUANDO A VIDA EXIGE PREPARO: UM RELATO DE QUEM ENFRENTOU DUAS HEMORRAGIAS NO PARTO

Caroline de Abreu Estanislau



Tive hemorragia uterina grave nos meus dois partos. Em ambos os casos, tudo aconteceu de forma inesperada. Nenhum exame prévio indicava ou permitia prever que eu passaria por esse tipo de intercorrência.

No meu primeiro parto, a gestação seguia sem sinais de alerta. O parto foi induzido e, ainda durante o trabalho de parto, a médica comentou que meu útero não estava contraindo como seria o esperado. Depois do nascimento do meu bebê, veio a confirmação do que estava acontecendo: eu havia tido uma atonia uterina.

Na prática, isso significa que, após o parto, o útero não conseguiu fazer o movimento natural de contração que ajuda a estancar o sangramento. O corpo simplesmente não reagiu como deveria naquele momento. Sem essa contração, o sangramento se torna intenso e rápido, exigindo intervenções imediatas.

O sangramento era muito forte. Lembro de haver um balde de sangue ao lado da mesa cirúrgica. No instante em que meu filho nasceu, senti uma emoção avassaladora ao vê-lo pela primeira vez. Uma felicidade imensa. Meu coração batia forte. Mas, poucos minutos depois, comecei a sentir os sinais claros da hemorragia: tontura, queda de pressão e uma dor intensa no ombro.

Meu bebê estava com meu marido, e eu já não conseguia mais raciocinar direito. O monitor apitava sem parar, havia uma correria ao redor, os médicos falavam sobre o sangramento, e a dor lateral no ombro só aumentava — um sintoma que, depois, entendi estar relacionado à perda sanguínea importante.

Felizmente, após várias tentativas com medicações, o útero começou a contrair e a situação foi sendo controlada. Após a transfusão sanguínea, tive mais clareza do que havia acontecido. Aos poucos, pude voltar a viver a maternidade com mais presença e tranquilidade. Foi um grande susto, mas tudo se estabilizou.

Na minha segunda gestação, optei por mudar de obstetra. Diante do histórico de hemorragia grave e do fato de o bebê ser grande, decidimos, em conjunto, realizar uma cesariana agendada. A decisão não veio do medo, mas da consciência do risco e da busca pela alternativa mais segura.

A equipe estava preparada para esse cenário. A anestesista, inclusive, era a mesma do primeiro parto e adotou uma estratégia preventiva, realizando dois acessos venosos para minimizar os sintomas caso a hemorragia voltasse a acontecer. Era o cenário ideal, se algo desse errado.

E, infelizmente, deu.

A hemorragia aconteceu novamente — desta vez de forma mais grave e sem resposta às medicações. Diferente do primeiro parto, meu sentimento já não era de encantamento ou daquela emoção quase ingênua do nascimento. Eu estava realmente preocupada. Lembro de perguntar ao meu marido se nosso filho estava bem, se era saudável. Logo depois, comecei a passar muito mal.

A transfusão precisou ser realizada ainda na sala cirúrgica. O médico utilizou uma técnica rara no meu útero para conseguir controlar o sangramento. Após o parto, passei o primeiro dia de vida do meu filho na UTI.

Na UTI, eu rezava muito. Agradecia pela graça de estar viva. Agradecia por ter escolhido uma equipe tão competente e preparada para lidar com qualquer intercorrência. Agradecia também por ter seguido a orientação médica que indicou a cesariana agendada como a opção mais segura para o meu caso. E agradecia, de forma muito especial, à anestesista, que se preparou para o pior e, com isso, conseguiu minimizar os sintomas e ampliar minhas chances de recuperação.

Nunca lamentei o que vivi. Sempre agradei por estar viva, ao lado de dois filhos saudáveis e maravilhosos. Tenho plena consciência de que uma equipe preparada e uma estrutura hospitalar de excelência fizeram toda a diferença no meu desfecho.

Um parto idealizado ou romantizado não é uma possibilidade segura para todas as mulheres. Para mim, o mais importante sempre foi - e sempre será - que a vida do bebê e da mãe sejam protegidas com o máximo de segurança possível.

EU TENHO FATORES DE RISCO PARA TER HEMORRAGIA OU ACRETISMO? O QUE DEVO FAZER?

Apresentar sangramento vaginal pós-parto é considerado normal, seja através do parto vaginal ou cesariana. Porém, se esta perda for superior a 500ml no parto vaginal ou acima de 1.000ml na cesariana, é considerado hemorragia pós-parto. A hemorragia pós-parto (HPP) é a perda excessiva de sangue durante ou após o parto. É uma das três principais causas de morte materna no Brasil, e a primeira causa no mundo. É uma situação de urgência obstétrica, e os primeiros cuidados devem ser iniciados imediatamente após o diagnóstico de HPP.

O acretismo placentário, por sua vez, é a condição em que a placenta, durante a sua formação, adere de forma anormal à parede do útero, de tal modo que após o parto, a placenta não consegue se "descolar do útero", causando hemorragia importante; ou seja, o acretismo placentário é uma das causas da HPP.

O profissional obstetra deve ser treinado para qualificar e quantificar esta perda. Antes de falarmos sobre os fatores de risco para HPP, devemos salientar que somente 1/3 das hemorragias pós-parto tem algum fator predisponente ou causa definida. Dois terços das mulheres que apresentam hemorragias pós-parto não tem qualquer fator de risco.

Temos 04 causas básicas para HPP:

1. Atonia: quando o útero não se contrai adequadamente após o parto (80% dos casos).
2. Retenção da placenta
3. Distúrbios da coagulação do sangue.
4. Traumas do canal do parto (ex. lacerações e hematomas).

E quais seriam os fatores de risco para HPP?

Podemos identificar estes fatores antes do parto (pré-natal) e durante o parto, sendo de fundamental importância a identificação e classificação destes riscos pelo profissional responsável.

Vale aqui destacar:

Riscos de HPP ante parto:

- História de parto (vaginal ou cesárea) anterior com HPP
- Gestação anterior que causou grande aumento do útero como gestação gemelar, polidramnia (gestação com grande quantidade de líquido amniótico), gestação de bebê muito grande
- Distúrbios de coagulação
- Uso de anticoagulantes
- Placenta prévia ou acretismo placentário
- Multiparidade (> 4 vaginais ou ≥ 3 cesáreas)
- Hipertensão na gravidez
- Anemia
- Primeiro filho após os 40 anos
- Cirurgia uterina anterior: qualquer cirurgia realizada no útero como retirada de mioma ou cesárea
- Obesidade (IMC>35)

Riscos de HPP intraparto.

- Trabalho de parto prolongado (>12h)
- Trabalho de parto com mais de 4 contrações uterinas a cada dez minutos
- Laceração vaginal de 3º/4º graus
- Placenta prévia ou acretismo placentário suspeito ou diagnosticado
- Descolamento prematuro da placenta
- Parto induzido
- Infecção uterina (corioamnionite)
- Parada de progressão do parto, ou seja, quando o parto para de

Laíses Braga Vieira

- CRM 4264 PA - TEGO 0336/98
- Formada em Medicina pela Universidade Federal do Pará, 1986.
- Pós-graduação lato sensu em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, 1988.
- Preceptora de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Adventista de Belém de 1991 a 1998.
- Médica Assistente do Serviço de Obstetrícia da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, desde 2004.
- Coordenadora do Serviço de Obstetrícia da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, desde 2017.
- Instrutora Nacional da OPAS/OMS para Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia Pós-Parto, desde 2017.
- Presidente do Grupo Técnico para Redução da Mortalidade Materna no Estado do Pará, desde 2019.
- Prêmio Inova Servidor edição 2025, "Inovação como alternativa aos desafios contemporâneos no Serviço Público". Categoria Serviço, com o "Projeto DAY CLINIC em Obstetrícia" - 2º lugar.
- Autora de artigos e capítulos de livros



Hélio Cabral da Silva

- Médico Ginecologista e Obstetra CRM 6695/PA, TEGO 247/98, RQE 8347.
- Professor e Coordenador da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da UEPA, Coordenador e Preceptor da Residência Médica de GO da UEPA, Chefe da Maternidade do HMS/PA, Chefe do Ambulatório do Pré Natal de Alto Risco da URES, Instrutor Nacional OPAS/OMS do OMMxH



de evoluir por mais de 4 horas.

- Cesariana, especialmente quando indicada durante o trabalho de parto
- Parto instrumentado (fórceps, vácuo)
- Distúrbios de coagulação
- Uso de anticoagulante

É importante salientar que todo profissional deve ser treinado para identificar os riscos, classificar (baixo risco, médio e alto risco), prevenir a HPP, e o manejo adequado para o tratamento da HPP. Deve-se destacar que a vigilância do sangramento é fundamental

EU TENHO FATORES DE RISCO PARA TER HEMORRAGIA OU ACRETISMO? O QUE DEVO FAZER?

para o êxito no tratamento da HPP, salientando a importância do acompanhante, que deve fazer parte da equipe nesta vigilância, observando as perdas sanguíneas, e chamar a equipe se perceber algo anormal. Ou seja, todos devemos participar de forma ativa nesta vigilância. Quanto mais precoce o diagnóstico da HPP, maior a chance de êxito no tratamento. Reforçando a importância do diagnóstico precoce, é importantíssimo abolirmos de uma vez por todas o uso do "fraldão" no pós-parto. Estes podem conter grandes perdas sanguíneas sem se exteriorizar (de 1,5 a 2,0 litros de sangue), e uma paciente hígida pode ter essa perda sem sinais e sintomas clínicos precoces, retardando, e muito, o diagnóstico oportuno da hemorragia pós-parto.

Fatores de risco para acretismo placentário:

- Cirurgia uterina anterior: qualquer cirurgia realizada no útero, como retirada de mioma ou cesárea
- Curetagens (múltiplas e abrasivas)
- Placenta de implantação baixa ou prévia
- Infecção uterina pós-parto ou aborto
- Ablação térmica do endométrio ou radiação pélvica
- Concepção assistida (pouco frequente)
- Tabagismo

O que devo fazer se tenho algum fator de risco para HPP ou acretismo?

- Inicie o pré-natal o mais precoce possível e realize suas consultas

de pré-natal regularmente. O acompanhamento médico permite a detecção precoce de problemas que possam colocar você ou seu bebê em situação de risco.

- Compartilhe com seu médico todo o seu histórico de saúde e gestações anteriores.
- Faça os exames laboratoriais solicitados pelo seu médico, bem como, os exames de imagem que possam identificar alterações da placenta, como a ultrassonografia, ou outros exames, caso seu médico ache necessário.
- Cuide da sua saúde física e mental. Mantenha hábitos saudáveis, evite o tabaco e controle doenças como diabetes e hipertensão. Evite situações de estresse, e pratique atividade física, de acordo com a indicação do seu médico.
- Siga as orientações médicas rigorosamente.
- Em casos de alto risco, seu médico irá planejar seu parto para o momento oportuno e em ambiente hospitalar preparado para emergências.

Mas atenção! Ter fatores de risco não significa que você terá hemorragia ou acretismo, mas é fundamental o acompanhamento médico rigoroso.

Converse sempre com seu obstetra sobre suas dúvidas e preocupações. E sobretudo, aproveite esse momento especial de sua vida sem ansiedade. Curta sua gravidez e seu bebê plenamente.



PREVENÇÃO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO: UM CUIDADO QUE SALVA VIDAS



Gabriel Costa Osanan

- Professor Associado do Departamento de Ginecologia/Obstetrícia - UFMG
- Professor da Faculdade de Medicina UNIFENAS e FAMINAS - BH
- Membro Fundador da Rede Brasileira de Acretismo Placentário
- Membro da Associação

Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional

- Vice-Presidente da Comissão Nacional Especializada de Urgências Obstétricas – FEBRASGO
- Instrutor da Estratégia Zero Morte Materna por HPP - Ministério da Saúde- OPAS/OMS – Brasil
- Membro da Diretoria da SOGIMIG



Reginaldo Antônio de O. Freitas Jr

- Doutor (2003) e Mestre (2001) em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).
- Especialista em Medicina Fetal (2005) pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Residência Médica em

Ginecologia e Obstetrícia (1999) pela Maternidade Escola Januário Cicco (UFRN).

- Médico (1996) e Bacharel em Direito (2015), ambos pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
- MBA em Gestão Empresarial (2008) pela Fundação Getúlio Vargas (FGV).
- Especialização em Gestão de Negócios em Saúde (2023) pela Fundação Dom Cabral (FDC).
- Professor Associado IV do Departamento de Tocoginecologia da UFRN
- Instrutor Nacional da Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia Pós-parto da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), em conjunto com o Ministério da Saúde (MS).
- Desde 2018, é Diretor Geral do Instituto Santos Dumont (ISD), Organização Social do Poder Executivo Federal que mantém Contrato de Gestão com o Ministério da Educação (MEC).

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma das complicações mais graves que podem ocorrer após o nascimento do bebê. Apesar de sua gravidade e do risco que representa para a vida da mulher, é profundamente alarmante saber que muitas dessas mortes maternas poderiam ser evitadas com cuidados simples e oportunos.

O reconhecimento precoce dos fatores de risco, o preparo adequado das equipes de saúde e a adoção de medidas eficazes são fundamentais para reduzir a ocorrência e a gravidade desses casos.

Quais são as principais causas de HPP e como preveni-las?

Em cerca de 70% dos casos, a HPP ocorre por atonia uterina, isto é, quando o útero não se contrai adequadamente após o parto. Outras causas incluem retenção de restos placentários, lacerações do canal de parto e distúrbios da coagulação.

A boa notícia é que a maioria dos episódios pode ser evitada com medidas simples e acessíveis. Muitas delas fazem parte do chamado manejo ativo do terceiro período do trabalho de parto (MATP), um conjunto de ações realizadas logo após o nascimento, tanto após partos vaginais quanto após cesarianas.

Você sabe o que é o manejo ativo do terceiro período do parto?

Chamamos de terceiro período do trabalho de parto o intervalo entre o nascimento do bebê e a saída da placenta. O Manejo Ativo do Terceiro Período (MATP) é o conjunto de ações adotadas, nesse momento, com o objetivo de facilitar a dequitação placentária e reduzir o sangramento.

Estudos mostram que estas ações preventivas podem diminuir em mais de 50% os casos de hemorragia pós-parto, reduzindo também a necessidade de transfusões e cirurgias. Essa estratégia é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde do Brasil.

As principais ações do MATP incluem:

- Administração de um medicamento uterotônico logo após o parto: geralmente a ocitocina, que estimula a contração do útero e reduz o risco de sangramento. Ela deve ser aplicada em todos os partos, independentemente da via de nascimento.
- Tração controlada do cordão umbilical: realizada por profissional treinado, facilita a saída segura da placenta, especialmente quando associada à ocitocina.
- Clampeamento oportuno do cordão umbilical: feito entre 1 e 3 minutos após o nascimento, traz benefícios ao bebê sem aumentar o risco de sangramento para a mãe.
- Avaliação e massagem uterina nas primeiras duas horas após o parto: feita geralmente a cada 15 minutos, ajuda a identificar precocemente sinais de hipotonia uterina, permitindo intervenção rápida antes que o sangramento se torne grave. Essas ações simples, quando aplicadas corretamente, salvam milhares de vidas todos os anos, ao redor do mundo!

Qual o papel da gestante na prevenção da HPP?

A mulher é protagonista de seu próprio cuidado e pode contribuir muito para prevenir complicações. Algumas atitudes práticas e conscientes fazem toda a diferença:

- Participar ativamente do pré-natal: compareça a todas as consultas, siga as orientações e tire dúvidas sobre parto e pós-parto. Informe à equipe se tiver doenças pré-existentes, como hipertensão ou anemia.
- Cuidar da saúde durante a gestação: mantenha bons níveis de hemoglobina, alimente-se bem e use os suplementos indicados, como o sulfato ferroso, para prevenir ou tratar a anemia.
- Evitar cesarianas sem indicação médica: a cesariana é um procedimento seguro quando necessário, mas seu uso indiscriminado aumenta o risco de hemorragia. Converse com seu médico, discuta o plano de parto e avaliem juntos o que é mais seguro para você e seu bebê.
- Informar o uso de medicamentos: alguns remédios, como anticoagulantes, podem aumentar o risco de sangramento. Avise sempre a equipe sobre tudo o que estiver usando. **(continua)**

PREVENÇÃO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO: UM CUIDADO QUE SALVA VIDAS

- Escolher um local seguro para o parto é essencial para proteger a vida da mãe e do bebê. Hospitais e maternidades que contam com profissionais capacitados, acesso a medicamentos uterotônicos, disponibilidade de transfusão sanguínea e capacidade para realizar procedimentos cirúrgicos de emergência oferecem o ambiente mais seguro para o nascimento. Em contrapartida, partos realizados fora do ambiente hospitalar podem atrasar o atendimento adequado em situações críticas e dificultar a adoção imediata de medidas preventivas e salvadoras logo após o parto.
 - Reconhecer os sinais de alerta: sangramento volumoso, tontura, palpitações, fraqueza intensa ou desmaio após o parto são sinais de perigo. Avise imediatamente a equipe de saúde.
 - Ter um acompanhante informado: alguém que saiba identificar sinais de alerta e possa solicitar ajuda rapidamente é um apoio valioso no momento do parto e no pós-parto.
- Essas ações simples e conscientes aumentam a segurança da gestante e permitem uma resposta mais rápida diante de qualquer intercorrência.

Considerações finais

A prevenção da hemorragia pós-parto é um trabalho de equipe: envolve profissionais capacitados, sistemas de saúde bem estruturados e, principalmente, mulheres informadas e ativas no seu cuidado.

Cumprir o pré-natal com atenção, adotar hábitos saudáveis, planejar o parto em ambiente seguro e conhecer os sinais de alerta são atitudes que salvam vidas.

A adoção rotineira do uso de uterotônicos (por exemplo ocitocina), salva vidas de muitas mulheres.

A combinação de informação, preparo e parceria entre gestante e equipe de saúde é fundamental para que o nascimento seja vivido com segurança e acolhimento, reafirmando o parto como um momento de celebração da vida, pautado pelo respeito e pelo cuidado integral.



QUAIS SÃO OS SINAIS DE ALERTA DE UMA HEMORRAGIA PÓS-PARTO?

Como eu como paciente ou meus familiares podem ajudar?

Em todo parto existe uma perda sanguínea importante e durante a gravidez diversas alterações, chamadas adaptações fisiológicas, ocorrem no organismo da mulher/pessoa com útero para que esse sangramento não determine riscos para sua saúde. Durante o pré-natal a realização de exames para investigar anemias é essencial. Além disso, mulheres/pessoas com útero que tenham cesariana anterior precisam ter a avaliação critério da localização da placenta, pois existe um tipo de complicação chamada acretismo placentário que pode levar a hemorragias graves no momento do parto. Você e sua família devem conversar com o profissional de saúde que está acompanhando seu pré-natal sobre essas questões.

Considera-se que uma pessoa está com hemorragia pós-parto (HPP) se ela perde 500mL (meio litro) nas primeiras 24 horas após o parto, independentemente do tipo de parto. É importante saber que na cesariana a perda de sangue é quase sempre maior que no parto vaginal. Algumas pessoas mesmo com perda de volumes menores (300mL) podem ter sintomas que significam risco clínico.

Não é possível estimar por antecipação todas as pessoas vão ter HPP, mas algumas situações de maior risco podem ser identificadas ainda no momento da internação para o parto e, com isso, alguns cuidados especiais como repetir o hemograma e fazer reserva de sangue podem estar indicados. No quadro 1 você pode conhecer sobre alguns sinais de alerta para risco de HPP. O uso de medicação específica para a redução do risco de HPP é indicado em todos os partos, sendo o medicamento chamado ocitocina o mais utilizado. A ocitocina poderá ser administrada no músculo ou na veia e serve para ajudar a contrair o útero.

Quadro 1 – Sinais de alerta para risco de hemorragia pós-parto	
Risco médio	Risco alto
Cesariana anterior ou outra cirurgia uterina	Placenta prévia (quando a placenta fica na parte inferior do útero) e/ou com acretismo placentário (quando a placenta fica muito profunda no músculo uterino)
Superdistensão do útero (gravidez múltipla, aumento do líquido amniótico, feto com peso acima do percentil 90)	Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade
4 ou mais partos vaginais anteriores	Uso de anticoagulantes ou doenças da coagulação
Hemorragia pós-parto em gravidez anterior	2 ou mais fatores de médio risco
Obesidade (IMC maior que 35kg/m ²)	Anemia e ter outros fatores de risco
Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade	
Infecção intrauterina	

Durante e após o parto é fundamental que seja feito acompanhamento rigoroso do volume do sangue perdido, especialmente nas primeiras duas horas, pois esse é um parâmetro que indica a necessidade de tratamento imediato pela equipe da instituição.

A participação tanto da mulher/pessoa gestante quanto da família nesse acompanhamento é muito importante e é considerada uma grande aliada para o diagnóstico precoce da HPP. Atualmente é recomendado que sejam utilizados métodos quantitativos para avaliar o volume de sangue
(continua)



QUAIS SÃO OS SINAIS DE ALERTA DE UMA HEMORRAGIA PÓS-PARTO?

Como eu como paciente ou meus familiares podem ajudar?

perdido (como pesagem de compressas ou campos cirúrgicos e uso de dispositivos coletores). Além disso, é necessário que seja verificado com frequência se o útero está bem contraído – isso é feito com a palpação delicada e superficial na parte inferior do abdome, abaixo de umbigo (não é necessário fazer massagem no útero para saber se ele está contraído) e se os batimentos cardíacos e a pressão arterial estão normais. Nas primeiras 2 horas após o parto essa avaliação deve ser com intervalos não superiores a 20 minutos e depois, se o sangramento não for abundante, os intervalos podem ser a cada 4-6 horas. Tanto a mulher/pessoa após o parto quanto quem está como acompanhante podem ajudar a equipe a acompanhar se o sangramento está abundante. Por exemplo, se não estiver sendo utilizado algum dispositivo coletor após o parto, a verificação se os absorventes não estão muito encharcados de sangue é importante. Peça ajuda sempre que considerar que o sangramento está muito aumentado, por exemplo se sentir um fluxo contínuo de perda de sangue, se observar a saída de coágulos grandes ou se tiver que trocar o absorvente com muita frequência. Lembre-se de não desprezar o absorvente sem que alguém da equipe da enfermagem ou médica tenha também avaliado.

Os acompanhantes têm um papel importante na identificação de outros sinais de alerta. Quando a pessoa está com sangramento aumentado, é comum que ela sinta fraqueza, confusão mental, tontura ou sensação de desmaio. A pessoa também pode ficar pálida, suar frio e ficar com a frequência cardíaca acelerada. Caso seja observado algum desses sinais, um profissional de saúde deve ser comunicado imediatamente. Enfim, acredite sempre que sua participação em todos os passos do cuidado com sua saúde é muito importante. Um ambiente de diálogo entre você, quem está como seu(sua) acompanhante e os profissionais de saúde buscando colaboração mútua sempre pode ajudar a reduzir riscos. Lembre-se que a hemorragia pós-parto tem tratamento e, quanto mais cedo ele for iniciado, melhores serão os desfechos. Reconhecer os sinais de alerta e garantir atendimento rápido pode salvar vidas.



Regina Amélia L. P. de Aguiar

- Médica Ginecologia e Obstetra.
- Mestre e Doutora em Saúde da Mulher pela Universidade Federal de Minas Gerais.
- Professora associada IV aposentada do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da

Faculdade de Medicina da UFMG.

- Consultora da Coordenação Nacional e de Cooperação do Instituto de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira - IFF/FIOCRUZ nas Estratégias para a redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil.



Marianne Sylvia R. Estermann

- Graduação em Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (EACH-USP) e pela Università degli Studi di Parma (Itália).
- Mestranda do programa de Obstetrícia do Hospital das Clínicas da FM-USP.
- Consultora do IFF-Fiocruz em projeto de qualificação

do cuidado obstétrico

- Professora especialista em cursos de pós-graduação de enfermagem obstétrica em São Paulo.



O QUE A EQUIPE DE SAÚDE DEVE FAZER NOS PRIMEIROS MINUTOS DE UMA HEMORRAGIA?



Sara Toassa Gomes Solha

- Mestrado pela PUC SP
- MBA Gestão Estratégica em Saúde pela Universidade São Camilo
- Preceptora dos Residentes da GO da PUC SP
- Coordenadora Médica da Maternidade Hospital Modelo em Sorocaba
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Gestação Alto Risco da Febrasgo

O reconhecimento precoce de um sangramento e a tomada imediata de medidas assertivas é sem dúvida o principal determinante para o desfecho satisfatório em casos de atendimento a pacientes com hemorragia pós-parto (HPP).
casos, obstrução do fluxo urinário.

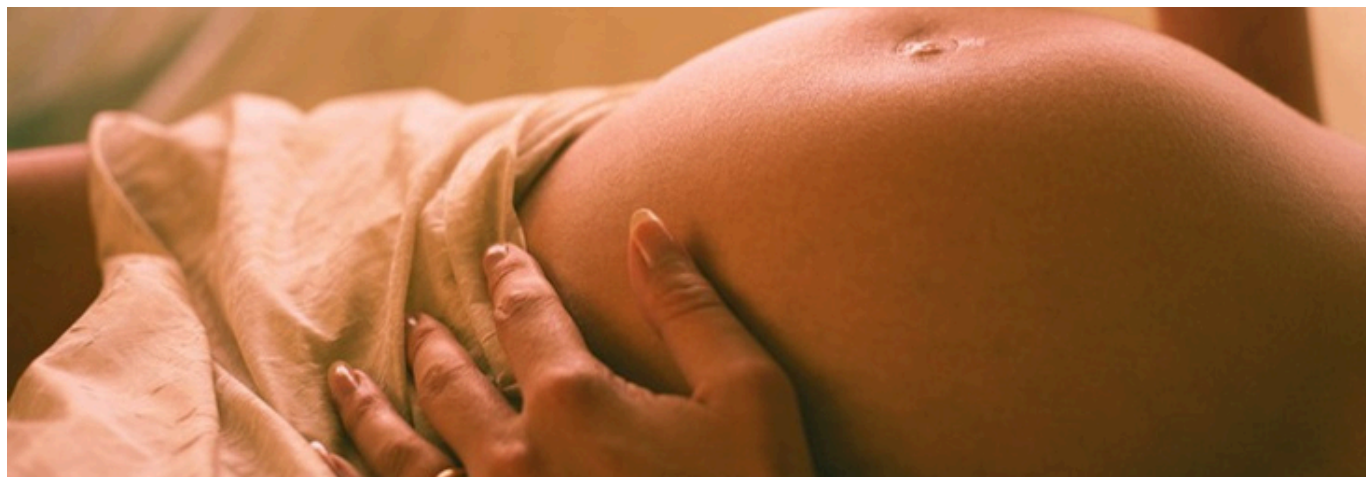
Uma vez identificado o sangramento anormal, o que é em muito facilitado pela adoção do escore do índice de choque (IC) (obtido pela divisão da frequência cardíaca / pressão arterial sistólica) o protocolo de HPP deve ser acionado. Tal escore permite a elucidação mais rápida e assertiva do grau de perda volêmica e auxilia no direcionamento das necessidades transfusionais.

Na prática clínica, o valor de IC > 1 indica perda hemorrágica e a necessidade de acionamento do protocolo que norteia os passos a serem seguidos. Tal protocolo deve envolver a abertura da caixa de código vermelho (segundo a orientação da Nota Técnica de número 123 – CIB/ SP de 23 de setembro de 2021 disponível: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2021/10/E_DL-CIB-123-REP_280921.pdf). As medidas iniciais envolvem a compressão uterina bimanual, manobra praticada pelo médico assistente, a qual visa mitigar a perda volêmica enquanto outras ações são tomadas sequencialmente. A manobra intenciona colabar a parede anterior e posterior do útero (uma contra a outra) associada ao posicionamento do fundo uterino contra a sínfise púbica e a mão vaginal do médico assistente. Desta forma, a perda de volume sanguíneo através do leito da placenta e ainda pelas artérias uterinas e do colo uterino será menor. Dois acessos venosos calibrosos devem ser obtidos (um em cada braço). Exames devem ser coletados principalmente para embasar o controle evolutivo. Os exames de sangue não devem nortear as condutas neste momento inicial da abordagem. A paciente deve ser prontamente aquecida conforme o recurso disponível: cobertor ou manta térmica. Os membros inferiores podem ser elevados o que facilita o retorno do sangue represado em membros inferiores. A reposição volêmica deve ser iniciada com cristalóide (solução aquosa para reposição de volume sanguíneo) aquecido, até no máximo

1500ml. A cada 500ml infundido o ideal é a revisão do IC. A reposição racional de cristalóide, não excedendo o volume mencionado, é importante visto o risco de coagulopatia dilucional (transtorno de coagulação causado pela reposição de grande volume de cristalóides). Ocorre aumento da chance desta intercorrência conforme se excede o volume limite outrora mencionado. Tal coagulopatia, quando instalada, aumenta exponencialmente as taxas de óbito materno.

As drogas uterotônicas (que fazem o útero contrair) devem ser acionadas de forma escalonada. A ocitocina em dose terapêutica, potencializada pela administração o mais precoce possível do ácido tranexâmico, constitui o início desta cascata farmacológica. Se a paciente não é hipertensa, e for necessário, o escalonamento passa pela metilergometrina intramuscular. O uso da prostaglandina E2 (misoprostol), administrada por via retal, auxilia na contenção do sangramento, sendo opção farmacológica sequencial.

Uma observação é com relação à comunicação entre os membros da equipe que deve ser em alça fechada. Isso significa que o líder verbaliza o comando direcionando a um dos membros da equipe e tão logo este comando seja realizado tal membro deve verbalizar ao líder a execução da tarefa. De igual ou ainda maior importância é, de forma sucinta e compreensível, explicar ao familiar o diagnóstico e que medidas para o tratamento estão sendo tomadas de imediato. Identificando prontamente a perda volêmica hemorrágica e sendo realizados os passos acima mencionados, um número significativo de casos irá se resolver nos primeiros 30 a 40 minutos de atuação da equipe sem necessitar de outras intervenções.



COMO É O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO QUANDO O ÚTERO NÃO SE CONTRAI?



Dr. Gilberto Nagahama

- CRM 112913 TEGO 0212/2006
- Ginecologista e Obstetra
- Instrutor da Estratégia Zero Mortalidade Materna por Hemorragia-OMS/OPAS
- Instrutor do Alço Brasil - Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia
- Instrutor de Emergências Obstétricas - SOGESP
- Mestre e Doutorando na UNIFESP/Escola Paulista de Medicina

A hemorragia pós-parto é uma das situações que mais preocupam profissionais que trabalham na assistência ao nascimento. Ela ocorre quando a mulher perde uma quantidade de sangue maior do que o esperado logo após o parto. A causa mais comum é a atonia uterina, que significa que o útero não está conseguindo se contrair como deveria.

Depois que o bebê nasce, o útero precisa se contrair com força para fechar os vasos sanguíneos que ficaram abertos onde a placenta estava grudada. Essas contrações funcionam como uma espécie de “pinça natural”, impedindo que o sangue continue saindo. Quando o útero fica “mole” ou relaxado demais, ele não comprime esses vasos, e o sangramento pode se tornar intenso. Essa é a chamada atonia uterina.

O tratamento da hemorragia por atonia normalmente começa imediatamente, porque quanto mais cedo agir, maior a chance de controlar o sangramento e evitar complicações. Uma das linhas de cuidado mais importantes é o tratamento medicamentoso, ou seja, o uso de medicamentos que ajudam o útero a contrair.

A seguir, vamos explicar quais são esses medicamentos, como funcionam e por que são importantes:

1. Uterotônicos: medicamentos que “acordam” o útero: os principais medicamentos usados para tratar a atonia uterina são chamados de uterotônicos. O nome reflete sua função: aumentar o tônus, ou seja, estimular a contração do útero. Eles são administrados assim que se identifica que o útero não está contraindo adequadamente.

a) Ocitocina: a ocitocina é o primeiro medicamento utilizado. Ela pode ser aplicada pela veia ou em injeção no músculo. A ocitocina atua de forma rápida, ajudando o útero a se contrair de maneira ritmada. Ela é considerada segura, eficaz e está disponível na maior parte das maternidades. Em muitas situações, somente a ocitocina já é suficiente para controlar o sangramento.

b) Ergometrina ou Metilergometrina: outro medicamento importante é a ergometrina, que também aumenta a força das contrações uterinas. No entanto, esse medicamento não é indicado para mulheres com pressão alta, porque pode elevá-la ainda mais. Por isso, antes de usar, a equipe médica verifica se a paciente pode receber o medicamento com segurança.

c) Misoprostol: quando a ocitocina não resolve o problema sozinha, outro medicamento frequentemente utilizado é o misoprostol. Ele tem a vantagem de poder ser administrado por retal, o que facilita seu uso em diferentes contextos, inclusive em locais com menos recursos. O misoprostol ajuda o útero a contrair mais firmemente. Pode causar febre e tremores, mas esses efeitos são temporários e desaparecem sozinhos.

2. Ácido Tranexâmico: controlando a perda de sangue: além dos medicamentos que fazem o útero contrair, existe um outro tipo de medicamento que também ajuda no controle da hemorragia: o ácido tranexâmico. Ele não contrai o útero, mas atua no processo de coagulação do sangue, ajudando a estancar o sangramento mais rápido. Ele é aplicado diretamente na veia e é recomendado que seja administrado logo no início da hemorragia, pois sua eficácia é maior nas primeiras horas. Este medicamento é reconhecido mundialmente e faz parte das recomendações da Organização Mundial da Saúde.

3. Reposição de líquidos e sangue: enquanto os medicamentos estão agindo, pode ser necessário repor líquido ou sangue, dependendo da quantidade de perda. Isso é importante para manter a pressão arterial estável e garantir que todos os órgãos recebam sangue suficiente para continuar funcionando adequadamente. Essa reposição pode incluir soro, concentrados de hemácias (sangue), plasma ou plaquetas.

4. O que acontece se os medicamentos não forem suficientes? Na maior parte dos casos, o tratamento medicamentoso, aliado à massagem uterina realizada pela equipe, é suficiente para controlar o sangramento. No entanto, algumas mulheres podem não responder completamente aos medicamentos. Quando isso acontece, outras medidas conservadoras podem ser necessárias, não cirúrgicas e cirúrgicas. E em último caso, a retirada do útero (histerectomia), para salvar a vida da mulher. É importante destacar que essas medidas são seguras, fazem parte de protocolos internacionais e são indicadas somente quando realmente necessárias.

5. Por que esse tratamento precisa ser rápido? A velocidade no cuidado é essencial. A hemorragia pós-parto pode evoluir rapidamente e comprometer a saúde da mulher em minutos. Por isso, equipes de maternidade seguem protocolos claros e já deixam os materiais e medicamentos organizados para atuação imediata. A agilidade e a experiência da equipe são fatores que fazem grande diferença no desfecho.

Mensagem final

A hemorragia pós-parto por atonia uterina é uma condição séria, mas tem tratamento eficaz quando reconhecida e manejada prontamente. O uso de medicamentos uterotônicos, associado ao ácido tranexâmico e suporte adequado, constitui a base do tratamento inicial. Quanto mais preparados estiverem os profissionais e os serviços de saúde, maior será a segurança para a mãe e o bebê.

Em resumo, a informação, a organização do cuidado e a ação rápida salvam vidas.

O QUE FAZER QUANDO AS MEDICAÇÕES FALHAM NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO POR ATONIA UTERINA?

Inevitavelmente, todas as mulheres no período após o parto estão susceptíveis à hemorragia pós-parto (HPP). Quando presente, a sua terapêutica deve ser implementada de forma mais precoce possível, sendo conduzida por uma abordagem sistematizada. Dessa forma, pretende-se alcançar o controle do sangramento e determinar sua causa dentro do período de uma hora ("hora de ouro obstétrica em HPP"), reduzindo o risco de morte materna.

Em casos de atonia uterina (ocorre quando o útero não consegue contrair adequadamente após o parto e compõem cerca de 70% dos casos), o tratamento medicamentoso é iniciado assim que se realiza o diagnóstico, pois são altamente eficazes e oferecem poucos riscos. No entanto, em parte dos casos, a hemorragia pós-parto não apresenta resposta satisfatória a esse tratamento, requerendo o uso de procedimentos invasivos para controle adequado do sangramento

De forma geral dividimos as possibilidades em dois grupos:

1. Procedimentos invasivos não cirúrgicos
2. Procedimentos invasivos cirúrgicos

Quais são as possibilidades de procedimentos invasivos não cirúrgicos?

- Balão de tamponamento intrauterino (BTI)

É um método mecânico que objetiva o controle do sangramento uterino através do posicionamento de um balão preenchido com líquido aquecido dentro da cavidade uterina, reduzindo, através de pressão, o sangramento originário dos vasos da parede uterina. Especialmente em casos de atonia uterina, a taxa global de sucesso da BTI é 85,9% no controle da HPP.

- Tamponamento uterino por sucção à vácuo

Consiste na inserção de um dispositivo fenestrado dentro da cavidade uterina com a aplicação de sucção com pressão negativa. Dessa forma, as paredes uterinas se colabam e contraem, levando ao controle do sangramento. É um método alternativo para controle de HPP que apresenta resultados promissores, apontando uma taxa de sucesso superior a 90% com tempo médio de controle de sangramento de três minutos.

- Traje antichoque não pneumático (TAN)

Tecnologia utilizada para controle temporário da hemorragia pós-parto com o propósito de se obter tempo extra para transferência da paciente ao serviço com maiores recursos para o tratamento definitivo, sendo indicados para casos muito graves (choque hipovolêmico).

Quais são as possibilidades de procedimentos cirúrgicos?

Geralmente, são reservadas para casos de HPP por atonia uterina que não respondem ao tratamento medicamentoso e a algum procedimento invasivo não cirúrgico.

(continua)



Henri Augusto Korkes

- Mestre e Doutor em Ciências pela Unifesp
- PhD pela Harvard Medical School – PhD Program / Sandwich
- Membro Co-Fundador da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em

Hipertensão da Febrasgo

- Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância da FCMS/PUC-SP
- Presidente da Sogesp Sorocaba e Vale do Ribeira



Ivan Fernandes Filho

- Doutorando pelo Departamento de Obstetrícia da EPM/UNIFESP
- Mestre em Educação nas Profissões da Saúde pela PUC-SP
- Professor Auxiliar de Obstetrícia junto ao Departamento de

Reprodução Humana e Infância – PUC-SP

- Coordenador Acadêmico da Obstetrícia – HSL/PUC-SP
- Representante Credenciado da SOGESp - Sorocaba



Renato José Bauer

- Graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Sorocaba
- Residência em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
- Título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia

pela FEBRASGO

- Especialização em Medicina Fetal pela EPM- Unifesp
- Título de especialista em Medicina Fetal pela FEBRASGO
- Mestre em Tocoginecologia pela Unesp
- Assistente no Departamento de Reprodução Humana e Infância da PUC-SP
- Diretor de eventos da SOGESp - Regional Sorocaba e Vale do Ribeira

O QUE FAZER QUANDO AS MEDICAÇÕES FALHAM NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO POR ATONIA UTERINA?

Quais são as possibilidades de procedimentos invasivos cirúrgicos?

- Suturas hemostáticas e compressivas

Trata-se de procedimentos cirúrgicos conservadores (com a intenção de preservar a fertilidade da mulher) que promovem a compressão uterina através utilização de suturas (união de tecidos através de pontos). As técnicas mais conhecidas são as suturas de B-Lynch, de Hayman e de Cho. As taxas de sucesso aproximam-se de 90% em casos de atonia uterina.

- Suturas vasculares

Envolvem a ligadura (oclusão dos vasos através fios cirúrgicos e pontos) dos vasos que irrigam as diversas áreas uterinas, com taxas variáveis de sucesso (80-90%) a depender da causa e do local de sangramento. Os procedimentos mais conhecidos são as ligaduras das artérias uterinas, ovarianas e hipogástricas (isoladas ou em sequência).

- Embolização seletiva de vasos pélvicos

Procedimento médico endovascular que bloqueia o fluxo sanguíneo de vasos pélvicos (artéria uterina) através da introdução de um cateter dentro do vaso. É útil para pacientes estáveis com sangramento persistente, porém, não excessivo. Requer uma equipe médica e estrutura hospitalar altamente especializadas.

- Histerectomia subtotal:

A retirada do útero entra como uma opção caso as alternativas falhem e, dessa forma, deve ser encarada como a última opção do tratamento da atonia uterina, afim de preservação da vida materna

Logo, há diversas possibilidades de tratamento para HPP que está incluída no grupo da segunda causa de mortalidade materna em nosso país (síndromes hemorrágicas). A identificação precoce, associada a uma abordagem sistematizada melhora os resultados e desfechos maternos.



ESCOLHA INFORMADA DO TIPO/VIA DE PARTO NO ACRETISMO PLACENTÁRIO E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS ASSOCIADAS?



Janete Vettorazzi

- Professora de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul)
- Pós-doutorado em Ciências Médicas da UFRGS, com ênfase em gestação de alto risco.
- Coordenadora da equipe integrada multidisciplinar de

Acretismo Placentário de Porto Alegre (desde 2015).

- Coordenadora médica assistencial do segmento materno-fetal da Santa Casa de Porto Alegre.



Gabriel Costa Osanan

- Professor Associado do Departamento de Ginecologia/Obstetrícia - UFMG
- Professor da Faculdade de Medicina UNIFENAS e FAMINAS - BH
- Membro Fundador da Rede Brasileira de Acretismo Placentário
- Membro da Associação

Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional

- Vice-Presidente da Comissão Nacional Especializada de Urgências Obstétricas – FEBRASGO
- Instrutor da Estratégia Zero Morte Materna por HPP - Ministério da Saúde- OPAS/OMS – Brasil
- Membro da Diretoria da SOGIMIG



Álvaro Luiz Lage Alves

- Médico Ginecologista e Obstetra
- Doutor em Saúde da Mulher pela UFMG
- Médico do Hospital das Clínicas da UFMG
- Instrutor da Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia da OPAS / MS
- Presidente da Comissão

Nacional Especializada em Urgências Obstétricas da FEBRASGO

O acretismo placentário é uma condição na qual a placenta está muito aderida ao útero e quando ocorre a tentativa da sua retirada pode ocorrer uma hemorragia grave. Em linhas gerais, as diretrizes nacionais (FEBRASGO) e internacionais (como a IS-PAS) recomendam nascimento planejado, em centro de referência, com equipe experiente e estrutura adequada. Quando o diagnóstico ocorre somente no momento do parto, o risco de hemorragia grave aumenta.

Quais são os fatores de riscos na gestação para o acretismo placentário?

O principal fator de risco é ter histórico de pelo menos uma cesariana. Contudo, qualquer gestante com cirurgia uterina prévia (cesariana, miomectomia, curetagens, entre outros) ou ainda gestações por técnicas de reprodução assistida, têm maior risco de EPA.

Quanto maior o número de cesarianas, maior o risco, mas basta apenas uma cesariana para ter um caso grave. Por isso, é importante só realizarmos uma cesariana somente quando existir uma indicação obstétrica, ou seja, quando existir risco para a saúde materna ou do bebê, se ocorrer o parto vaginal.

Como saber se tenho acretismo placentário?

Gestantes com qualquer cirurgia uterina prévia, em especial a cesariana, devem realizar um ultrassom durante o pré-natal para identificar a posição da placenta.

O risco de acretismo aumenta bastante quando a placenta está prévia (quando recobre o colo), baixa (quando está perto do colo) ou na parede anterior do útero no local da cicatriz da cesariana. Nesses casos, é essencial um ultrassom detalhado da placenta em serviço especializado para confirmar o diagnóstico de acretismo.

Onde devo ter o parto, se tenho o diagnóstico de acretismo placentário?

O acompanhamento e parto da gestante com acretismo placentário devem ocorrer em um centro de referência. Nesses serviços, existe uma equipe multidisciplinar experiente (obstetra, anestesia, cirurgia pélvica, urologista, dentre outros), preparada para lidar com casos complexos; além de estrutura adequada, como centro cirúrgico equipado, banco de sangue e unidade de terapia intensiva. Ter o parto nesses locais reduz os riscos para a mãe e para o bebê e aumenta significativamente a segurança durante todo o processo, diminuindo complicações maternas e fetais.

Qual o melhor tipo/via de parto nas gestantes que tem acretismo?

Indica-se cesariana programada em centro de referência. Na maioria dos casos está indicada a retirada do útero (histerectomia) juntamente com a placenta logo após o nascimento do bebê. O parto vaginal geralmente não é recomendado, porque tentar retirar a placenta pode provocar sangramento intenso.

Pode ocorrer parto vaginal em mulheres com acretismo placentário, em alguma circunstância?

O parto vaginal, eventualmente, pode ocorrer, se o nascimento for de forma inesperada ou quando não há diagnóstico de acretismo definido antes do parto.

Quais são os principais riscos para a mãe, se ocorrer um parto vaginal em uma mulher com diagnóstico de acretismo?

Os principais riscos são sangramento, necessidade de transfusão, internação em unidade de terapia intensiva, histerectomia (retirada do útero) de urgência e até morte materna em casos graves.

Quando em geral programa-se a cesariana no acretismo placentário?

As recomendações nacionais e internacionais tendem a indicar o nascimento antes de 37 semanas, em geral entre 34 e 36 semanas, para reduzir o risco de um nascimento emergencial sem programação. Antecipar o nascimento ajuda a evitar emergências e reduz de forma significativa o risco de hemorragia e de outras complicações.

ESCOLHA INFORMADA DO TIPO/VIA DE PARTO NO ACRETISMO PLACENTÁRIO E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS ASSOCIADAS?

A cesariana no acretismo exige algum cuidado especial?

Sim. Existem técnicas cirúrgicas específicas para o acretismo e que variam conforme as características da placenta. Nessas situações, não é uma cesariana “habitual”. A cirurgia precisa ser diferente e adaptada a cada caso: por exemplo bebê é retirado por uma incisão uterina planejada para ficar longe da placenta; prepara-se sangue e materiais para controlar sangramento; e amplia-se a equipe com expertise em acretismo conforme a especificidade de cada mulher.

Existem alternativas “conservadoras” para preservar útero?

Sim, mas somente em situações selecionadas e com características placentárias específicas e com equipe experiente: por exemplo, poderá ser removida a área afetada no útero (ressecção focal) com reconstrução uterina. O plano pode mudar durante a cirurgia se for mais seguro para você. Por isso a importância das equipes acostumadas no atendimento do acretismo.

E se o diagnóstico aparecer de surpresa no momento da cesariana?

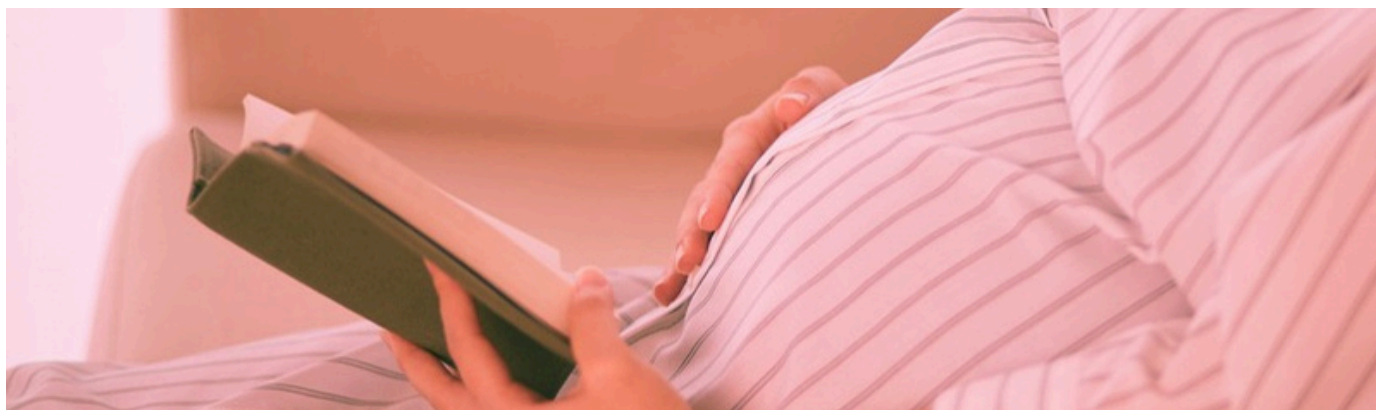
Se não houver urgência para você nem para o bebê, a equipe pode suspender a cesariana e reprogramar o nascimento com todas as preparações para o acretismo: centro de referência, sangue reservado, equipe ampliada e plano cirúrgico detalhado. Se houver necessidade de nascimento imediato, a técnica é adaptada para o melhor desfecho materno: evita-se descolar a placenta e, se preciso, faz-se ampliação das incisões e outras manobras (com chamada de especialistas e medidas de controle do sangramento). O objetivo é preservar a sua vida e reduzir complicações.

E a recuperação depois do parto?

Dependendo do caso, você pode ficar mais tempo com sonda vesical, precisar de observação na Unidade de Tratamento Intensivo e ter alta um pouco mais tardia. Na saída, oriente-se sobre os sinais de alerta e quando procurar o hospital novamente.

Para evitar as complicações de um acretismo placentário, que informações preciso de contar no pré-natal?

Sempre informe cesáreas se já teve cesarianas anteriores ou outras cirurgias uterinas. Se foi dito que a sua placenta está baixa, em algum ultrassom, avise ao médico. Esses dados orientam todo o planejamento.



POR QUE É IMPORTANTE DIAGNOSTICAR E TRATAR A ANEMIA NA GRAVIDEZ?

Estratégias simples e eficazes que toda gestante precisa conhecer para evitar a anemia.



Felipe Favorette Campanharo

- Médico junto ao Departamento de Obstetrícia - UNIFESP
- Coordenador Saúde Mulher - UNISA

A anemia na gestação continua sendo um dos problemas de saúde materna mais prevalentes no mundo e, ao mesmo tempo, um dos mais facilmente preveníveis. Embora muitas mulheres associem a anemia apenas a “fraqueza” ou “cansaço”, suas consequências vão muito além disso — impactam diretamente a saúde materna, fetal e o desfecho do parto. Diagnosticar e tratar precocemente a anemia não é apenas uma recomendação clínica: é uma estratégia essencial de segurança materna.

A anemia reduz a tolerância à perda sanguínea no parto.

Durante o parto — seja vaginal ou cesárea — existe perda sanguínea fisiológica. No parto vaginal, a perda média é de 500 mL, e na cesárea, cerca de 1000 mL. Mesmo quando tudo ocorre bem, o organismo materno precisa estar preparado para essa perda inevitável.

A Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia Pós-Parto (HPP) descreve com clareza o impacto da anemia nesse contexto:

“As pacientes anêmicas toleram menos as perdas volêmicas e, portanto, evoluem para um choque refratário de forma mais rápida. Usualmente as puérperas hígidas manifestam os primeiros sinais de choque hipovolêmico somente após perdas volêmicas superiores a 20%. Contudo, pacientes anêmicas, brevílineas ou portadoras de pré-eclâmpsia tendem a tolerar menos tais perdas e a apresentar um quadro de choque hipovolêmico mais refratário.”

Isso significa que **uma gestante com anemia pode apresentar instabilidade hemodinâmica com perdas muito menores**, dificultando a resposta às medidas de emergência e aumentando o risco de necessidade de transfusão, UTI e complicações graves.

A importância da reserva de ferro antes e durante a gravidez.

A maior parte das anemias na gestação é causada por deficiência de ferro. A demanda materna aumenta progressivamente ao longo dos trimestres devido à expansão do volume sanguíneo, ao desenvolvimento da placenta e do feto e à preparação para o parto.

Uma gestante precisa de **300 mg de ferro para o feto e placenta**, cerca de **500 mg para expandir sua própria massa de hemácias**, além de aproximadamente **250 mg** para compensar perdas basais. Ou seja, uma mulher entra na gestação precisando de cerca de **1 grama de ferro adicional**. Se ela já inicia a gravidez com reserva baixa — o que é extremamente comum — o risco de desenvolver anemia é alto.

A deficiência de ferro não afeta apenas o hematócrito: causa **redução da capacidade de transporte de oxigênio**, diminuição da performance física e cognitiva, maior risco de prematuridade, baixo peso ao nascer e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê.

Perda sanguínea no parto: natural, mas potencialmente perigosa para quem está anêmica.

O sangramento faz parte do processo fisiológico do parto. Mas a forma como seu corpo responde depende diretamente de sua reserva de ferro e hemoglobina. Mesmo uma hemorragia moderada pode ser perigosa em pacientes com anemia, tornando-as mais suscetíveis a:

- Instabilidade hemodinâmica;
- Maior risco de hemotransfusão;
- Recuperação pós-parto mais lenta;
- Maior risco de infecções.

O risco de transfusão e por que evitá-la quando possível.

A transfusão de sangue salva vidas, mas não é isenta de riscos. As estratégias de segurança obstétrica modernas priorizam sempre prevenir a necessidade de transfusão, e não apenas tratar suas consequências.

Os riscos incluem:

- Reações transfusionais;
- Sobrecarga circulatória;
- Aloimunização — relevante para gestações futuras;
- Infecções, embora raras;
- Custos e necessidade de banco de sangue disponível. **(continua)**



POR QUE É IMPORTANTE DIAGNOSTICAR E TRATAR A ANEMIA NA GRAVIDEZ?

Estratégias simples e eficazes que toda gestante precisa conhecer para evitar a anemia.

Por isso, **chegar ao parto com hemoglobina adequada é um dos pilares de segurança materna.**

O papel dos polivitamínicos e da suplementação de ferro.

As diretrizes internacionais recomendam suplementação rotineira de ferro para todas as gestantes, independentemente dos níveis basais — sobretudo em países com alta prevalência de anemia.

Os polivitamínicos gestacionais frequentemente contêm ferro, **mas nem sempre em doses suficientes para corrigir deficiência instalada.** Quando há anemia, o tratamento deve ser realizado com **sulfato ferroso, fumarato ferroso ou outras formulações terapêuticas**, em doses adequadas.

Como usar o suplemento de ferro de forma eficaz (3 dicas práticas)

1. **Tomar longe das refeições** melhora a absorção — idealmente 1 hora antes do almoço ou jantar.
2. **Evitar leite, café, chá e cálcio** no mesmo horário, pois reduzem a biodisponibilidade.
3. **Associar com vitamina C** (suco de laranja, acerola, limão) aumenta a absorção e reduz intolerância gastrointestinal.

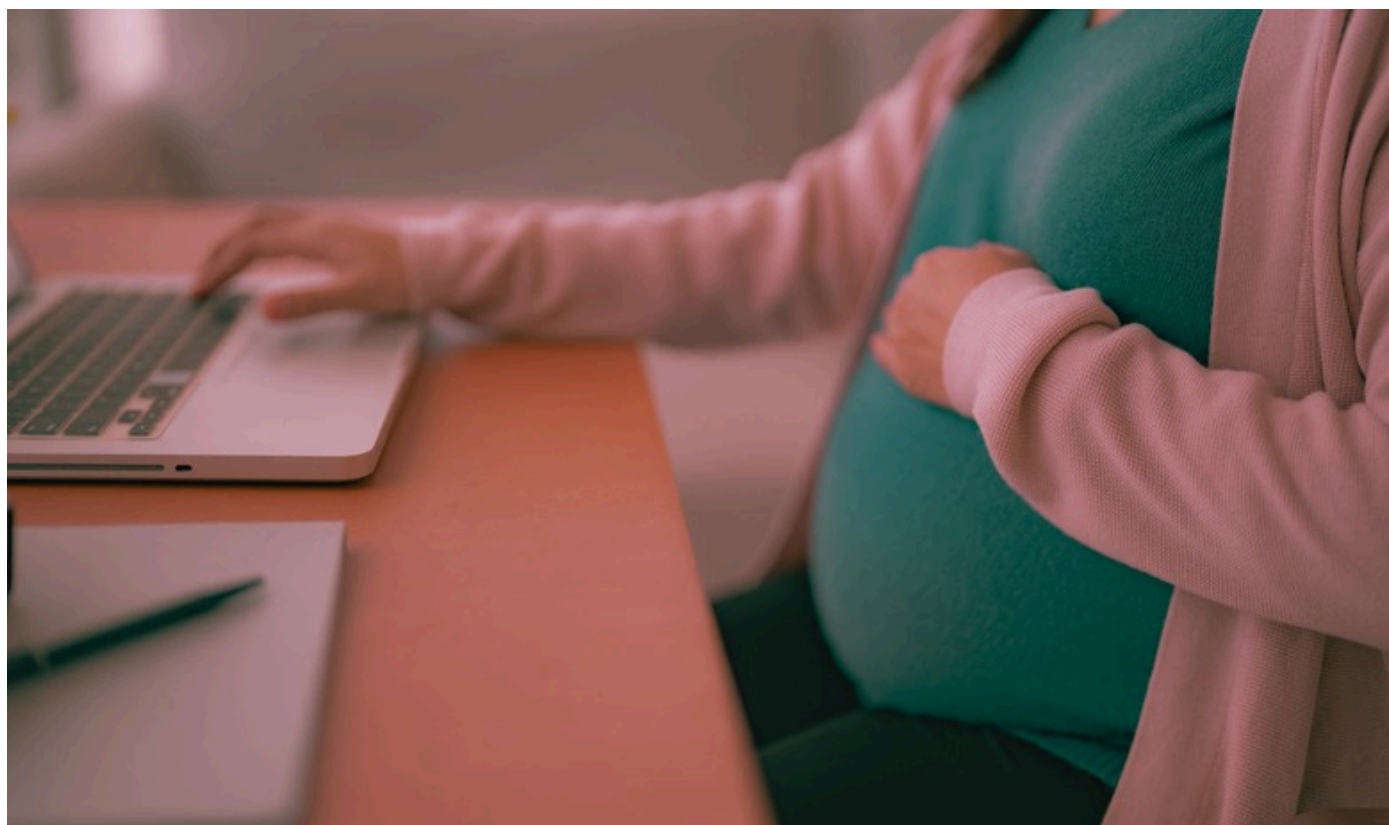
E nas pacientes vegetarianas ou veganas?

O ferro existe em duas formas:

- **Ferro heme:** encontrado em carnes, altamente biodisponível.
- **Ferro não-heme (fitato):** presente em vegetais, com absorção muito menor.

Por isso, gestantes vegetarianas podem necessitar:

- **Doses maiores de ferro suplementar**, conforme orientação médica.
- Estratégias dietéticas para melhorar a absorção:
 - Combinar ferro vegetal com vitamina C.
 - Evitar café, chá preto e chá-mate próximos às refeições.
 - Preferir fontes como feijões, lentilhas, espinafre, grão-de-bico e sementes.



COMO EU SEI SE EU TENHO RISCO DE ACRETISMO PLACENTÁRIO?



Conrado Milani Coutinho

- Professor Doutor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- Pós-Doutorado em Medicina Fetal em St George's University of London.
- Presidente da Comissão Nacional Especializada em Perinatologia da FEBRASGO.
- Editor Associado da RBGO Gynecology and Obstetrics da FEBRASGO.
- Membro da Sociedade Internacional do Espectro do Acretismo Placentário (IS-PAS).
- Vice-Presidente da Rede Brasileira de Acretismo Placentário (REBRAC).
- Membro da Diretoria da World Association of Perinatal Medicine (WAPM).

- A localização da placenta (está na frente do útero?)
- Se a placenta está sobre a cicatriz da cesariana anterior
- Sinais de implantação anormal dentro do defeito da cicatriz
- Aumento dos vasos sanguíneos ao redor da placenta (os exames mostram como os vasos estão dilatados e aumentados)
- Espaços dentro da placenta que parecem "furinhos" (lacunas) — um sinal de alteração do fluxo sanguíneo

O ultrassom consegue identificar a maioria dos casos com risco aumentado quando realizado por especialista com experiência.

Momentos importantes de rastreamento

Apesar de haver momentos específicos recomendados para fazer ultrassonografia (por exemplo, 11-14 semanas, 18-22 semanas e 34-36 semanas), o rastreamento de acretismo deve acontecer em todo exame obstétrico, independentemente do motivo da consulta. A detecção precoce da implantação anormal dentro da cicatriz é fundamental para o planejamento adequado.

O que é o acretismo placentário? O acretismo placentário é uma complicação séria da gravidez em que a placenta se implanta anormalmente, geralmente dentro de um defeito da cicatriz deixada por uma cirurgia anterior, ficando muito aderida (colada) à parede do útero e dificultando sua saída natural após o parto.

Por que é importante detectar cedo?

O acretismo placentário é muito mais comum do que se imagina, principalmente em países com altas taxas de cesariana, e frequentemente não é identificado antes do parto. Quando descoberto apenas na hora do parto, pode causar hemorragia grave, colocando em risco a vida da mãe. Por isso, identificar quem está em risco e fazer o acompanhamento adequado é essencial.

Principais fatores de risco

O fator mais importante é ter feito cesariana anteriormente. Se você já fez uma cesariana, seu risco aumenta na próxima gravidez. Quanto mais cesarianas você teve, maior o risco. A localização da placenta também é crucial: o risco é muito maior quando a placenta está localizada na parte frontal (anterior) do útero, especialmente sobre a cicatriz da cesariana anterior.

A combinação de cesárea prévia + placenta na frente do útero = alto risco!

Outros fatores de risco menos comuns

Além de cesárea anterior, existem outras situações que podem aumentar o risco, mas com menor frequência:

- Dilatação do colo do útero e curetagem anterior
- Cirurgia para remover miomas do útero
- Histeroscopias ou outras cirurgias dentro do útero
- Endometriose ou adenomiose
- Idade materna avançada (35 anos ou mais)
- Técnicas de reprodução assistida
- Alterações da forma do útero de nascença

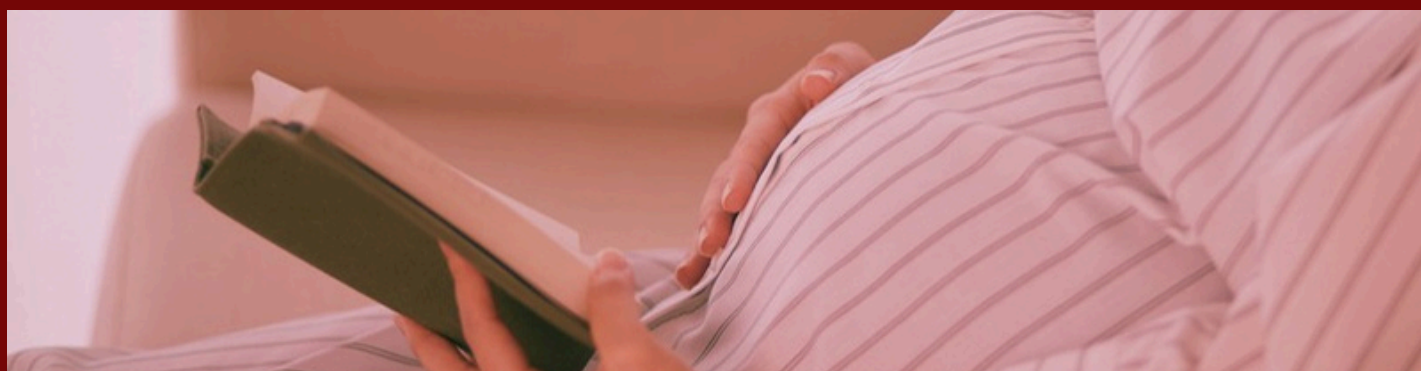
Quando investigar?

É muito importante avisar seu pré-natalista se você já teve cesárea (ou outras cirurgias uterinas)! O ultrassonografista precisa saber disso para examinar em toda e qualquer ultrassonografia onde a placenta está e se ela está sobre cicatriz anterior.

O acretismo pode ser detectado desde muito cedo na gravidez (a partir de 5 a 8 semanas gestacionais) portanto, não espere pelos ultrassons "oficiais" para essa avaliação. Cada exame é uma oportunidade. Há países empenhados em tornar rotina esse rastreamento por ultrassom no início da gravidez para grávidas com cesáreas anteriores.

Como é feito o diagnóstico?

O ultrassom obstétrico é o exame principal. O médico especialista procurará:



COMO EU SEI SE EU TENHO RISCO DE ACRETISMO PLACENTÁRIO?

O que significa ter risco aumentado?

Se você tiver risco aumentado de acretismo placentário identificado no ultrassom, você será encaminhada para um centro especializado com recursos para lidar com essa complicação. Isso não é motivo de pânico, mas sim para atenção especial e planejamento cuidadoso.

Planejamento do parto

Se o acretismo placentário for identificado antes do parto, o atendimento pode ser totalmente planejado:

- Internação programada em hospital de referência
- Parto realizado por equipe experiente (cirurgiões, anestesistas)
- Sangue disponível e unidade de terapia intensiva se necessário

Isso reduz muito os riscos para você e seu bebê.

O que você precisa saber:

- Informe seu médico se já teve cesárea ou outras cirurgias no útero
- Peça que seu obstetra avalie a posição da placenta em relação à cicatriz em toda ultrassonografia
- A detecção precoce é possível desde o primeiro trimestre
- Se identificado risco, você será acompanhada em centro especializado
- Com diagnóstico antecipado, a maioria dos casos tem bom desfecho

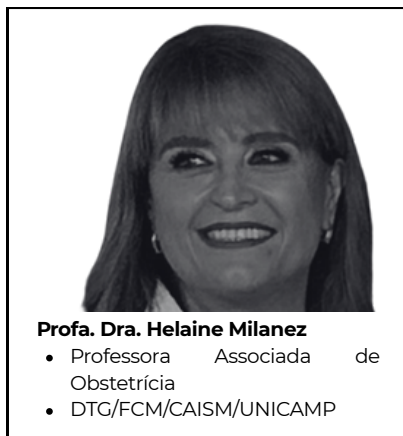
Perguntas importantes para fazer aos seus médicos:

- Quantas cesarianas tive antes?
- Onde está minha placenta e como está a cicatriz anterior?
- O especialista vai avaliar a posição da placenta em relação à minha cicatriz?
- Vou precisar ser acompanhada em hospital de referência?

Quais sinais de alerta devo procurar?



ONDE DEVO SER TRATADA E TER MEU PARTO SE TIVER UM QUADRO DE ACRETISMO PLACENTÁRIO?



O processo de gestar e parir deveria ser um momento único na vida de uma mulher, com possibilidades de se alcançar uma gestação tranquila e um parto a termo com um recém-nascido saudável! Entretanto, para algumas mulheres com determinadas condições patológicas, a gestação e parto podem trazer graves consequências à sua saúde e inclusive comprometer a sua sobrevivência e a de seu filho. Em nosso país, uma das principais causas de mortalidade dessas mulheres no ciclo gravídico-puerperal é a ocorrência de quadros hemorrágicos severos e, alguns deles ocasionados pela presença de problemas graves na implantação da placenta e na sua localização.

O Brasil vem vivendo há décadas um aumento expressivo na realização de cesáreas, o que leva à ocorrência de complicações associadas à sua realização, principalmente naquelas de repetição. Apesar de ser uma cirurgia que salva vidas e que pode mudar o prognóstico de sobrevivência fetal e materna, vem sendo observado um aumento excessivo na sua realização e, consequentemente de suas complicações.

Uma dessas complicações é o chamado espectro da placenta acreta que inclui uma série de situações em que a placenta está anormalmente aderida à parede uterina, inclusive com invasão

de órgãos próximos ao útero, como a bexiga. O principal fator de risco para se apresentar uma condição dessas é a presença de uma cicatriz de cesárea e esse risco será cada vez maior quanto maior o número de cesáreas prévias. Esse fator é tão importante que a presença de uma cesariana anterior aumenta o risco de acretismo em 4,5 vezes. Após duas cesáreas, o risco se torna 7,4 vezes maior, 3 cesáreas, 6,5 vezes e quatro cesáreas, **45 vezes maior!** Por isso a necessidade de sermos criteriosos na hora de indicar uma cesárea, lembrando não só dos riscos presentes em qualquer procedimento cirúrgico como também o impacto que a realização dessa cirurgia terá na vida obstétrica futura dessas pacientes. No final da gestação, o fluxo de sangue para o útero chega a quase um litro por minuto. Situações nas quais ocorre uma aderência anormal da placenta à parede uterina podem ser ameaçadoras da vida, pelo potencial de enorme sangramento a elas associado, com altas taxas de mortalidade se não houver uma adequada condução dessa gravidez e parto.

Assim, frente a um diagnóstico de acretismo placentário, a gestante deve ser encaminhada para seguimento e programação de seu parto em uma unidade que tenha experiência na abordagem desses casos. É fundamental que haja uma equipe preparada para cirurgias de maior complexidade, com cirurgiões experientes na realização desses procedimentos. Esse hospital deve apresentar uma equipe de anestesia experiente em conduzir gestantes em situações de grandes hemorragias, assim como ter uma unidade transfusional com um banco de sangue capaz de oferecer sangue e outros produtos que acelerem a coagulação sanguínea, nas situações em que isso seja necessário.

O ideal seria que toda paciente com antecedente de cesárea ou cirurgias uterinas prévias fosse rastreada para a presença dessa aderência anormal. Devemos reforçar que a presença de uma cicatriz anterior associada a uma placenta de inserção baixa, a chamada placenta prévia, na qual a localização da placenta se encontra muito próxima ou em cima do colo do útero potencializa ainda mais o risco do acretismo. Assim, toda paciente com cesárea prévia e placenta de localização baixa deveria ser examinada por um ecografista experiente na detecção desse problema. Após a identificação da presença desse espectro de manifestações chamado Espectro da placenta acreta, no qual diferentes graus de adesão poderão ser identificados, essa mulher deveria ser referenciada para seguir seu atendimento em uma unidade de pré-natal de alto risco com experiência no seguimento e resolução desses casos.

Além dessas condições, esse hospital deve contar com a retaguarda de uma unidade de neonatologia com experiência e capacidade na atenção a recém-nascidos prematuros, já que, geralmente, a recomendação para a resolução dessas gestações é que o parto seja realizado entre 34 e 36 semanas, a fim de se evitar uma piora da invasão de órgãos adjacentes ao útero, uma condição chamada de percretismo placentário.

Sendo assim, o ideal seria que tivéssemos um rastreamento adequado dessa situação, por um médico ecografista experiente. Que, após esse diagnóstico, de preferência precocemente na gestação, essa mulher tivesse seu seguimento pré-natal em uma unidade de alto risco, com capacidade de equipe médica experiente nas diferentes áreas de atenção a um parto de alto risco e com infraestrutura adequada para possibilitar a execução de procedimentos de alta complexidade em obstetrícia. Essa unidade de atendimento ao parto nessa grave condição deveria ter um time experiente de médicos e equipe de saúde e protocolos bem definidos de atenção a essas situações.

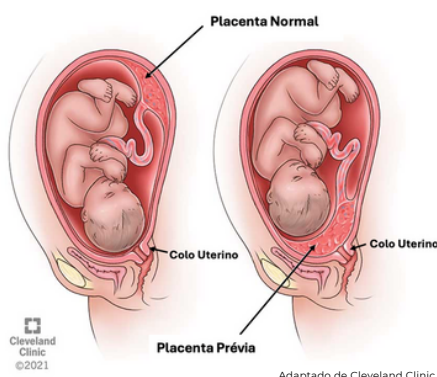
A gravidade dos quadros hemorrágicos associados a essa patologia, com condições potencialmente ameaçadoras da vida deve ser encarada com seriedade e essas mulheres devem ser referenciadas para seguimento pré-natal e atenção ao parto em unidades com experiência e capacidade na resolução dessas situações, cada vez mais frequentes por estarem associadas à epidemia de cesáreas em nosso país.

Uma ótima abordagem dessa situação deveria incluir:

- Elaborar rede de atuação e atendimento em casos com Espectro da placenta acreta!
- Elaboração de protocolos de diagnóstico e manejo!
- Avaliação de dados de diferentes serviços com diferentes estratégias...
- **Diagnóstico precoce!**
- **Equipe experiente!**

PLACENTA PRÉVIA: O QUE É, O QUE FAZER E COMO É O ACOMPANHAMENTO DURANTE A GESTAÇÃO?

A placenta é o órgão que nutre o bebê dentro do útero durante a gestação. Em uma gravidez normal, ela se fixa na parte superior do útero, longe do colo uterino (a abertura por onde o bebê nascerá). Quando a placenta cobre total ou parcialmente essa abertura, ocorre a placenta prévia. (figura 1)



Nos estágios iniciais da gravidez, é comum a placenta estar mais baixa. Porém, à medida que o útero cresce, ela tende a se deslocar para cima. Quando permanece cobrindo o colo no terceiro trimestre, o diagnóstico de placenta prévia é confirmado. Essa condição ocorre em cerca de 1 a cada 200 gestações.

A placenta prévia é classificada conforme sua posição:

- Total, quando cobre completamente o colo;
- Parcial, quando cobre parte dele;
- Marginal, quando chega até a borda do colo sem cobri-lo.

Fatores de risco

Algumas situações aumentam a chance de placenta prévia: cirurgias uterinas prévias (como cesariana ou curetagem), gestação múltipla, idade materna acima de 35 anos, tabagismo, uso de cocaína, reprodução assistida e história anterior da doença. Ter um desses fatores não significa que a gestante terá placenta prévia, mas indica necessidade de acompanhamento mais próximo.

Sintomas e possíveis complicações

O sintoma mais comum é o sangramento vaginal vermelho vivo, sem dor, geralmente no segundo ou terceiro trimestre. Em alguns casos, não há sintomas.

As complicações possíveis incluem anemia materna, acretismo placentário (quando a placenta se fixa profundamente na parede uterina) e descolamento prematuro da placenta.

Diagnóstico e acompanhamento

O diagnóstico é feito com ultrassonografia, preferencialmente transvaginal.

Ao identificar uma placenta baixa, o acompanhamento deve ser feito por equipe especializada conforme algoritmo 1. Em muitos casos, a placenta sobe naturalmente conforme o útero cresce.

As orientações principais incluem:

1. Repetir o ultrassom entre 28 e 32 semanas;
2. Evitar relações sexuais e exames vaginais se houver risco de sangramento;
3. Reduzir atividades físicas intensas;
4. Internação hospitalar em casos de sangramento;
5. Realizar parto cesáreo se a placenta continuar baixa.



Adaptado de uptodate 2025. OBS: O algoritmo acima se aplica a mulheres assintomáticas.

O mais importante é não entrar em pânico pois com seguimento médico adequado, a maioria das gestantes com placenta prévia tem uma gravidez segura e um parto bem-sucedido. O acompanhamento regular e a comunicação com o obstetra são fundamentais para garantir tranquilidade e segurança de todos.



Marianna Brock **Facchinetti**

- Membro da academia amazonense de medicina
- Professora associada da Universidade do Estado do Amazonas
- Professora da faculdade FAMETRO
- Membro da comissão nacional de medicina fetal da FEBRASGO
- Membro da comissão nacional do título de especialista em ginecologia e obstetria da FEBRASGO
- Membro da comissão nacional de ultrassonografia do Colégio Brasileiro de Radiologia

O QUE É A REDE BRASILEIRA DE ACRETISMO PLACENTÁRIO (REBRAC)?



Janete Vettorazzi

- Professora de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul)
- Pós-doutorado em Ciências Médicas da UFRGS, com ênfase em gestação de alto risco.
- Coordenadora da equipe integrada multidisciplinar de

Acretismo Placentário de Porto Alegre (desde 2015).

- Coordenadora médica assistencial do segmento materno-fetal da Santa Casa de Porto Alegre.

certo, no tempo certo. Estamos alinhados à diretriz nacional da FEBRASGO e também a grupos internacionais, como a International Society for Placenta Accreta Spectrum (IS-PAS), que agregam especialistas do mundo todo para trocar experiências e garantir um cuidado mais seguro para mães e bebês.

O que a REBRAC faz (na prática)?

- Oferece um espaço estruturado de discussão de casos com especialistas experts de diferentes áreas, do país todo. Médicos e equipes podem pedir auxílio nos seus casos, discutir exames e planejar o melhor local e momento do parto.
- Conecta serviços e pessoas: ajudamos a mapear rotas de referência, aproximando hospitais preparados e facilitando a comunicação entre quem precisa encaminhar e quem pode receber a gestante.
- Apoia a produção e a circulação de conhecimento: estimulamos projetos e registros nacionais e trocamos experiências com grupos nacionais e internacionais, sempre com foco em transformar evidência científica na melhor assistência.
- Informação de qualidade aos profissionais de saúde: a REBRAC trabalha para que médicos e equipes estejam sempre atualizados sobre as melhores formas de cuidar da placenta acreta, participando de encontros, congressos e estudos com especialistas de vários países. É importante dizer que a REBRAC não substitui cursos, residências ou treinamentos formais. Nosso papel é conectar e apoiar as equipes, oferecendo revisões de caso e orientação colaborativa.
- Informação de qualidade para as pacientes: a REBRAC também atua divulgando o tema acretismo, com intuito de que as pacientes e seus familiares tenham acesso a informações claras, confiáveis e fáceis de entender sobre sua gestação, seus cuidados e o planejamento do parto.

Como a gestante pode participar do seu cuidado?

- Converse cedo com seu obstetra: conte se já fez cesáreas ou outras cirurgias ou procedimentos no útero.
- Fique atenta à posição da placenta: se, durante a ultrassonografia, alguém mencionou placenta baixa (perto do colo do útero), isso merece atenção especial.
- Peça um exame detalhado da placenta: qualquer mulher com placenta baixa e história de cesariana ou outra cicatriz uterina deve realizar um ultrassom detalhado da placenta, idealmente com profissional/serviço experiente nesse tipo de avaliação.
- Planeje o local do parto: se houver suspeita de EPA, o centro de referência é o lugar mais seguro para nascer.
- Leve suas dúvidas: não existe pergunta “boba” quando falamos da sua saúde e da do seu bebê.

E por que isso tudo importa?

Porque informação, organização e planejamento salvam vidas. Quando o EPA é reconhecido antes do parto e a gestante é acompanhada em um serviço preparado, o risco diminui significativamente para a mãe e seu bebê. É um trabalho de equipe que começa no consultório, passa pelo exame correto, pela decisão do melhor hospital e chega ao nascimento com times prontos para agir. A REBRAC é, acima de tudo, uma rede de colaboração. Unimos quem cuida, quem ensina e quem aprende, para que cada mulher com suspeita de EPA seja acompanhada com respeito, segurança e ciência. O Brasil é grande e diverso; nosso compromisso é encurtar distâncias e abrir caminhos para que toda gestante chegue ao cuidado certo. Se você é paciente, familiar ou profissional de saúde aproxime-se: quando a rede se fortalece, o nascimento é mais seguro. Procure informações de qualidade nos sites das Universidades, da FEBRASGO e @redeacretismo,.

O que é o Acretismo placentário?

Quando falamos em acretismo placentário, hoje chamado de espectro da placenta acreta (EPA), estamos falando de uma situação em que a placenta “gruda demais” no útero. Em vez de se soltar naturalmente após o nascimento do bebê, ela pode ficar presa (aderida) e provocar sangramento intenso. O risco é maior em quem já teve cesáreas ou outras cirurgias no útero. A localização da placenta no útero é muito importante: quando ela está baixa e próxima de uma cicatriz, a chance de aderir aumenta; em alguns casos, pode ficar colada ou muito próxima de órgãos vizinhos, como a bexiga. Conhecer os detalhes da adesão placentária é fundamental para planejar o nascimento com segurança em serviços preparados. O EPA tem graus diferentes, de adesões mais superficiais especializadas.

O que dizem as diretrizes?

Todas as diretrizes nacionais e internacionais recomendam que, quando há suspeita de EPA, o nascimento ocorra em centro de referência, com equipe multidisciplinar experiente [obstetras, anestesistas, especialistas em imagem fetal e placentária, radiologistas, cirurgião pélvico, urologista, intensivista (adulto e neonatal), hematologista/banco de sangue, enfermagem obstétrica e neonatal, entre outros]. Organizar o nascimento nesses locais reduz as principais complicações, como sangramento grave, necessidade de transfusão e outras intervenções mais complexas.

O que é a Rede Brasileira de Acretismo Placentário?

A Rede Brasileira de Acretismo Placentário (REBRAC) é um grupo nacional, que reúne especialistas de diferentes áreas e regiões do país com um foco no estudo e desenvolvimento de conhecimento sobre o espectro da placenta acreta (EPA). Sua atuação envolve promover capacitação de profissionais, estimular a produção de conhecimento sobre acretismo, identificar centros que atendem o acretismo placentário no país e fortalecer a integração entre esses centros assistenciais. A REBRAC busca articular-se com entidades nacionais e internacionais, contribuindo para o desenvolvimento de protocolos e para a organização de equipes multiprofissionais qualificadas para atender as gestantes com acretismo.

Por que a Rede Brasileira de Acretismo Placentário (REBRAC) existe?

A REBRAC nasceu devido a necessidade de que essas recomendações de cuidado com a gestante com acretismo virem realidade no Brasil, aproximando profissionais e serviços médicos (SUS e de saúde suplementar/convênios), ajudando a organizar os caminhos, para que a gestante certa chegue ao hospital

TODA MULHER COM ACRETISMO PRECISA RETIRAR O ÚTERO? HÁ RISCO PARA FUTURAS GESTAÇÕES?



Dr Lucas Barbosa da Silva

- CREMESP 81669
- CRM-MG 29044
- Doutor pela UNESP-Botucatu
- Membro da REBRAC- Rede Brasileira de Acretismo
- Membro da Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas da Federação Brasileira das associações de Ginecologia e Obstetrícia

O tratamento padrão do acretismo placentário no Mundo é a cesárea eletiva seguida de retirada cirúrgica do útero (cirurgia chamada de histerectomia) no mesmo ato cirúrgico ou em segundo tempo, em situações peculiares.

Postergamos a histerectomia quando o diagnóstico é de surpresa, inesperado, durante a cesárea e a equipe cirúrgica e/ou o Hospital não estão preparados tecnicamente para realizar a cirurgia definitiva (falta de experiência do obstetra no tratamento cirúrgico dessa patologia, falta de Banco de Sangue e hemoderivados no Hospital, falta de CTI, etc). Nessas situações, em condições eletivas (sem urgência para a realização da cesárea), é mais prudente e seguro, o obstetra interromper a cesárea e não abrir o útero e retirar o bebê. Essa técnica é chamada de cirurgia open-close (abre-fecha). Quando há indicação urgente de retirar o bebê, abrir o útero longe da placenta, fechar cirurgicamente a parede uterina deixando a placenta no seu interior, fechar o abdome e encaminhar a paciente para um Hospital com mais recursos para a realização da cirurgia definitiva é a melhor opção (chamada de cesárea deixando a placenta in situ). A tentativa de realização da cirurgia definitiva em hospitais sem recursos e com equipes inexperientes tem mostrado resultados catastróficos, com perda sanguínea estimada de 4 a 6 litros e mortalidade de até 27% das pacientes na literatura médica.

Já a cirurgia com preservação uterina no acretismo placentário é, juntamente com o desenvolvimento da cirurgia fetal, um dos grandes avanços da Obstetrícia contemporânea. Há poucas décadas seria inimaginável não fazer a retirada cirúrgica do útero nessas situações. Novos conhecimentos do suprimento de sangue para o útero e para a pelve feminina e sobre as alterações que essa doença ocasiona na parede do útero e da bexiga, levaram ao desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas que permitiram essa cirurgia até então milagrosa.

A cesárea que é realizada na presença do acretismo placentário é uma técnica muito diferente da cesárea habitual. Abrimos o útero e retiramos o bebê em regiões diferentes da cesárea habitual, uma vez que a placenta ocupa e penetra profundamente a parede uterina na região que geralmente abrimos cirurgicamente o útero. Uma abertura inadvertida nessa região acometida pela doença pode promover uma hemorragia vultuosa e colocar em risco a vida da mãe. Geralmente abrimos o útero em sua porção mais alta, chamada de fundo uterino, fugindo da placenta. Fechamos a parede uterina sem extrair a placenta e, após separarmos cirurgicamente a parede da bexiga da parede uterina, ressecamos a porção doente do útero e da bexiga e reconstruímos a parede desses órgãos quando ocorre esse acometimento pelo acretismo placentário. É uma cirurgia meticulosa e trabalhosa e que poucos centros de referência nessa patologia no Mundo têm experiência. Apesar de ser uma cirurgia mais delicada e trabalhosa do que a histerectomia, a cirurgia conservadora uterina, em mãos cirúrgicas experientes, tem demonstrado menor tempo de cirurgia, menor sangramento e risco de transfusão sanguínea, uma recuperação pós-operatória melhor e, mais importante, a preservação da capacidade reprodutiva da mulher.

O Professor José Miguel Palacios Jaraquemada, cirurgião argentino da Universidade de Buenos Aires e uma das maiores autoridades nessa cirurgia, tem conseguido preservar o útero em até 70% dos casos de acretismo placentário. Além disso, por retirar a porção doente do útero e reconstruir a parede uterina com tecido saudável, a chance de recorrência dessa patologia numa nova gestação é rara. Recentemente, ele publicou numa revista médica científica 202 gravidezes após a realização dessa cirurgia, sem nenhuma recidiva da doença e sem complicações na gravidez e na cesárea subsequente. Não conseguimos preservar o útero e realizamos a histerectomia quando o acometimento da parede uterina pela doença é tão extenso que não sobra tecido sadio para a reconstrução da parede uterina ou a lesão é muito baixa alcançando o colo uterino e vagina. Concluimos, que o acretismo placentário é uma patologia grave, responsável pelas mais graves hemorragias obstétricas e que deveria sempre ser diagnosticado durante o pré-natal e tratado em hospitais de alta complexidade e Centros de referência com equipes experientes.



COMO É O PLANEJAMENTO DO PARTO QUANDO HÁ RISCO DE HEMORRAGIA OU ACRETISMO?

O nascimento de um bebê é um dos momentos mais esperados pela família. Para que tudo ocorra da forma mais segura possível, a equipe médica se prepara para todos os cenários. Um desses

cenários, que exige atenção e planejamento redobrados, é o risco aumentado de hemorragia pós-parto ou a presença do acretismo placentário.

Pode parecer assustador, mas a palavra-chave aqui é **planejamento**. Quando a equipe sabe do risco com antecedência, ela pode criar um verdadeiro "plano de voo" para garantir a segurança da mãe e do bebê.

Entendendo os riscos

Hemorragia Pós-Parto é quando a mãe perde uma quantidade de sangue acima do esperado após o nascimento. A causa mais comum é a "atonía uterina" – quando o útero não se contrai como deveria depois que o bebê nasce.

Acretismo Placentário é uma condição mais rara, onde a placenta se "gruda" de forma muito profunda na parede do útero. Em vez de sair facilmente após o parto, ela fica presa. Tentar retirá-la à força pode causar sangramento muito intenso. O acretismo é um dos maiores fatores de risco para a hemorragia, e ambos estão mais comuns em mulheres com múltiplas cesáreas anteriores, placenta prévia ou cirurgias prévias no útero.

O primeiro passo: identificar o risco no pré-natal

O planejamento começa durante as consultas de pré-natal. Seu médico avaliará fatores que aumentam o risco, como histórico de cesáreas anteriores, placenta prévia, gestação de múltiplos bebês ou alterações na coagulação do sangue.

O diagnóstico do acretismo é feito principalmente por exames de imagem:

Ultrassom: É a ferramenta principal. O médico treinado consegue ver sinais de que a placenta pode estar "invadindo" o músculo do útero.

Ressonância Magnética: Em alguns casos, pode confirmar o diagnóstico e mostrar exatamente até onde a placenta cresceu.

Saber disso antes do parto permite um planejamento adequado.

(continua)



Eduardo Cordioli

- Mestre em Ciências pelo Departamento de Obstetrícia da Unifesp
- Doutor em Medicina pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein MBA Executivo pelo Insper
- Fundador, Ex-Presidente e Atual Membro do Conselho da Saúde Digital Brasil

- Ex-Presidente e Atual Membro da Comissão Nacional de Urgências Obstétricas da FEBRASGO
- Diretor Técnico de Obstetrícia do Grupo Santa Joana



Mario Macoto Kondo

- Graduado pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo em 1978.
- Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia no Hospital das Clínicas da FMUSP (1979-1981).
- Atuou no Ambulatório de Alto Risco da Clínica Obstétrica, no setor de Isoimunização Rh

contribuindo para difusão da profilaxia ante natal no nosso meio. Organizou e iniciou junto com o Professor Antônio Jorge Salomão o tratamento das isoimunizadas graves por meio da transfusão intra vascular.

Doutorado em Obstetrícia e Ginecologia - Curso de Pós-Graduação pela Faculdade de Medicina da USP (1990).

Médico Assistente da Clínica Obstétrica da FMUSP

Coordenador de Obstetrícia de Alta Complexidade do Grupo Santa Joana (Hospital e Maternidade Santa Joana, Hospital e Maternidade Santa Maria e Pro Matre Paulista).



COMO É O PLANEJAMENTO DO PARTO QUANDO HÁ RISCO DE HEMORRAGIA OU ACRETISMO?

Montando o "time" e o "local"

Quando há suspeita de acretismo ou alto risco de hemorragia, o parto se torna um trabalho de equipe. Casos assim devem ser conduzidos em um

hospital de alta complexidade, que tenha:

- UTI para adultos e neonatal
- Banco de sangue disponível 24 horas
- Centro cirúrgico preparado para cirurgias complexas
- Equipe multidisciplinar experiente

Esse "time" geralmente inclui obstetras experientes (às vezes mais de um), anestesistas especializados, equipe do banco de sangue, neonatologistas e enfermagem treinada para emergências. Em casos de acretismo grave, outros cirurgiões (como urologistas ou cirurgiões gerais) também podem estar presentes, caso a placenta tenha invadido órgãos próximos, como a bexiga.

Mesmo que você more em uma cidade menor, pode ser necessário planejar o parto em um centro de referência regional.

Planejando o dia "D"

A data do parto: Quase sempre será uma cesárea programada. A equipe não vai esperar que a mãe entre em trabalho de parto de surpresa, pois isso aumenta os riscos. O parto costuma ser agendado entre 34 e 37 semanas de gestação.

A preparação: Dias antes, você fará exames de sangue atualizados. O banco de sangue já deixa bolsas compatíveis reservadas e prontas para uso imediato. O jejum pré-operatório será orientado com antecedência.

Durante a cirurgia: no caso do acretismo, o plano pode ser:

Opção A (a mais comum): Fazer a cesárea e, sem tentar tirar a placenta, realizar a histerectomia – a retirada do útero com a placenta ainda dentro dele logo após o nascimento do bebê. Embora seja uma decisão difícil, pois impede futuras gestações, essa costuma ser a opção mais segura para parar o sangramento e preservar sua vida.

Opção B (conservadora): Em casos selecionados, pode-se tentar preservar o útero, mas isso envolve técnicas complexas e maior risco de sangramento. Essa possibilidade será discutida com você antes da cirurgia.

Durante todo o procedimento, a equipe monitorará continuamente seus sinais vitais e, se necessário, fará transfusão de sangue.

A mensagem principal

Se você recebeu um diagnóstico de acretismo ou tem alto risco de hemorragia, saiba que a medicina moderna avançou muito. O pré-natal serve exatamente para isso: identificar riscos e se preparar para eles. O conhecimento desse risco com antecedência é uma vantagem, pois permite todo esse planejamento. Converse abertamente com sua equipe médica e tire todas as dúvidas. Sua participação ativa nas decisões sobre seu cuidado é fundamental. O planejamento cuidadoso, feito por um time experiente e em um hospital preparado, transforma uma situação de alto risco em um processo controlado e seguro. Ao final desse processo, o objetivo é sempre o mesmo: uma mãe saudável e um bebê saudável no colo.



QUEM COMPÕE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR QUE CUIDA DA MULHER COM RISCO DE HEMORRAGIA OU ACRETISMO?



Elisiane Gomes Bonfim

- Professora Associada na Universidade Federal do Piauí.
- Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Enfermeira Obstetra.
- Residência de Enfermagem em Saúde da Mulher pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP/ PE).
- Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Fundação Universidade Federal do Rio Grande (2001).
- Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP-UFPI). Vice-presidente da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obsetras (ABENFO).



Mônica Iassanã Reis

- Enfermeira Obstetra graduada pela Universidade de Brasília, Especialista em gestão pública e planejamento em saúde. Diretora-Geral do Complexo Regulador em Saúde na Secretaria de Estado de Saúde do DF, . Atuou como Consultora em saúde da mulher e saúde sexual e reprodutiva para OPAS/OMS no Brasil, liderando a equipe de Instrutores Nacionais da Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia Pós-parto. Há 06 anos compõe a Comissão Nacional Especializada de Mortalidade Materna da FEBRASGO. Membro honorário da ABENFO Nacional e faz parte da Diretoria da Rede Brasileira de Acretismo Placentário. Consultora do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ para a qualificação da atenção à saúde das mulheres e redução da mortalidade materna, e Coordenadora Técnica da Cooperação IFF-EBSERH para fortalecimento do cuidado perinatal em 25 maternidades universitárias brasileiras.

A Hemorragia Pós-Parto (HPP) é definida como a perda de sangue excessiva após o nascimento: mais de 500 mL após um parto vaginal ou mais de 1000 mL após uma cesariana nas primeiras 24 horas, ou qualquer perda sanguínea que cause instabilidade grave na mãe. A HPP é a principal causa de morte materna no mundo, sendo evitável. O Espectro da Placenta Acreta (EPA), ou acretismo, ocorre quando a placenta se adere de forma muito profunda à parede do útero. Em casos mais graves, pode invadir outros órgãos próximos, como a bexiga. O EPA é uma causa importante de HPP grave.

As mulheres com alto risco de sangramento ou acretismo placentário exigem um cuidado seguro de qualidade. Nenhum profissional individualmente é capaz de conduzir essas pacientes de forma integral, garantindo um cuidado centrado em suas necessidades. Somente uma equipe interprofissional trabalhando de forma coordenada pode oferecer a assistência adequada, desde o pré-natal até a recuperação pós-parto.

1. No Pré-Natal: Identificação e Estratificação de Risco e Planejamento

A atenção à gestante começa antes da gestação, favorecendo segurança ao momento concepcivo ou garantindo contracepção. Confirmada a gestação, antes do parto, deve ser iniciado um pré-natal minucioso. É neste momento que o profissional pré-natalista deve realizar uma avaliação detalhada, que inclui histórico de saúde, uso de medicamentos e antecedentes gineco-obstétricos. A presença de hemorragia pós-parto em gestações anteriores e cesáreas ou cirurgias ginecológicas precedentes são fatores importantes nesta avaliação, sobretudo, em gestantes com placenta prévia (placenta anterior ou baixa). Essa avaliação permite identificar fatores de risco para HPP e EPA e fazer oportuna a estratificação de risco para cada mulher.

Se houver suspeita ou confirmação do risco elevado para HPP ou para o EPA, as diretrizes recomendam que o pré-natal seja compartilhado com equipe do alto risco e que o nascimento seja programado em um hospital de alta complexidade. Este planejamento garante uma programação detalhada dos recursos necessários para o parto incluindo equipe ampliada e especializada, além de infraestrutura específica para atendimentos desta natureza.

2. Durante o Parto: O Núcleo de Resposta Imediata

A atuação da equipe no momento do parto deve ser sincronizada e coordenada, a partir de diretrizes previamente estabelecidas por meio de protocolos institucionais, tanto para os casos de parto operatório e emergências hemorrágicas, quanto nas situações de abordagem do EPA. Antes da cirurgia é necessário rever o todo planejamento, como vaga em UTI, reserva de sangue e suprimentos adequados. A equipe na sala de cirurgia é dividida em um núcleo clínico e um apoio tático, prontos para agir se o sangramento ocorrer: O núcleo clínico é composto pelo

Obstetra: É o responsável pela resolução do parto e pela definição do diagnóstico; **Anestesiologista:** Monitora a estabilidade cardiovascular, gerencia as ações em caso de choque, e comanda a reposição imediata de sangue e derivados; **Enfermeira:** É responsável por facilitar a disponibilidade de todo o material para o atendimento de emergência, e em conjunto com a equipe de técnicos de enfermagem garantir acessos venosos calibrosos (para medicações e transfusão, se necessário), prevenir a hipotermia e administrar rapidamente medicamentos

QUEM COMPÕE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR QUE CUIDA DA MULHER COM RISCO DE HEMORRAGIA OU ACRETISMO?

para controlar o sangramento; Neonatologista/Pediatra: Essencial para cuidar do recém-nascido, garantindo seu suporte vital imediato após o nascimento. O apoio tático pode necessitar do Radiologista Intervencionista/Cirurgião Vascular: Responsável por realizar a colocação de balões nas artérias que irrigam o útero para "pausar" o fluxo de sangue temporariamente, resultando em tempo crucial para o cirurgião controlar a hemorragia; Urologista: contribui para preservar ou reparar a bexiga e os ureteres, prevenindo lesões graves.

Além da equipe na sala de cirurgia é necessário o suporte de outros setores do hospital, tais como hemoterapia (banco de sangue), laboratório e farmácia.

3. No Pós-Parto: Recuperação e Saúde Mental

Após o controle da hemorragia e a resolução da cirurgia, é necessário monitoramento rigoroso, frequentemente na **Unidade de Terapia Intensiva (UTI)** por pelo menos 24 a 48 horas, para garantir a estabilidade.

É essencial saber que após ter passado por uma HPP grave, a mulher pode apresentar consequências além do físico. As mulheres que sofrem HPP têm um risco aumentado em 10% de desenvolver Depressão Pós-Parto (DPP). A DPP é um sério problema de saúde mental, que pode causar tristeza, insônia, baixa autoestima e dificuldade em criar vínculo com o bebê. Por ser uma complicação associada é crucial que o cuidado no pós-parto inclua a vigilância ativa da saúde mental.

Após a grande perda de sangue (HPP), a mulher pode frequentemente se encontrar anêmica. O sintoma mais evidente da anemia é o cansaço extremo e a fadiga. Essa exaustão física intensa afeta diretamente a mãe, dificultando a retomada da rotina diária e, principalmente, a capacidade de cuidar do bebê. O cansaço pode agravar os sintomas emocionais, como a baixa autoestima e a dificuldade de apego ou vínculo com o recém-nascido, que são também sintomas da Depressão Pós-Parto.

O cuidado com a gestante de alto risco é a prova de que a meta global de redução da morte materna por sangramento só será alcançada através da antecipação, do planejamento e do trabalho integrado de todos os profissionais. Essa coordenação exemplar é como um time de resposta de alta performance, onde cada membro sabe sua função exata para reverter a crise e proteger a vida e promover a saúde.



POR QUE PROFISSIONAIS TREINADOS PARA O ENFRENTAMENTO DA MORTALIDADE MATERNA PODEM FAZER A DIFERENÇA NO ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS HEMORRÁGICAS? O PAPEL DA ENFERMAGEM NESTE ENFRENTAMENTO.



Mônica Iassanã Reis

- Enfermeira Obstetra graduada pela Universidade de Brasília, Especialista em gestão pública e planejamento em saúde. Diretora-Geral do Complexo Regulador em Saúde na Secretaria de Estado de Saúde do DF, . Atuou como Consultora em saúde da mulher e saúde sexual e reprodutiva para OPAS/OMS no Brasil, liderando a equipe de Instrutores Nacionais da Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia Pós-parto. Há 06 anos compõe a Comissão Nacional Especializada de Mortalidade Materna da FEBRASGO. Membro honorário da ABENFO Nacional e faz parte da Diretoria da Rede Brasileira de Acretismo Placentário. Consultora do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ para a qualificação da atenção à saúde das mulheres e redução da mortalidade materna, e Coordenadora Técnica da Cooperação IFF-EBSERH para fortalecimento do cuidado perinatal em 25 maternidades universitárias brasileiras.

A redução da mortalidade materna por causas hemorrágicas ainda permanece como um desafio no mundo todo. Mulheres que apresentam sangramentos excessivos pós-parto necessitam

receber cuidados oportunos e qualificados, evitando assim, desfechos maternos graves, que podem levar ao óbito.

Estudos já demonstraram que treinamentos de profissionais para o atendimento às emergências hemorrágicas aperfeiçoam significativamente a performance de toda a equipe e produzem melhores resultados assistenciais. Enfermeiros, médicos obstetras e anestesiologistas, todos que atuam na atenção ao parto e puerpério, devem manter seus conhecimentos atualizados e desenvolver cada vez mais suas habilidades para o enfrentamento hemorragia puerperal.

Por sua gravidade, a hemorragia uterina pode causar uma grande perda de sangue em poucos minutos, colocando a mulher em situações clínicas que podem avançar para sequelas permanentes e morte. Assim, os profissionais precisam agir rapidamente no reconhecimento e diagnóstico da hemorragia, identificando sua causa e contendo o sangramento, evitando complicações como a necessidade de transfusão sanguínea, retirada do útero e internação em UTI.

Mas oferecer uma resposta rápida frente a essas situações de emergência não é suficiente. A ação dos profissionais precisa ser organizada, coordenada e sequenciada, de forma a controlar o sangramento preferencialmente na primeira hora. Este controle é determinante para o aumento das chances de sobreviver a uma hemorragia.

Neste sentido, as capacitações de profissionais constituem uma estratégia inequívoca de qualificação para toda equipe assistencial. Os treinamentos contribuem para:

- Promover atualização de conhecimentos científicos sobre a temática da hemorragia puerperal,
- Apoiar o desenvolvimento de habilidades manuais para o domínio de técnicas úteis no controle do sangramento;
- Propiciar estratégias eficientes de comunicação entre os profissionais, para o fortalecimento do trabalho em equipe e
- Aumentar o engajamento e promover mudança de atitude para a tomada de decisões rápidas.

Governos e dirigentes de serviços de atenção ao parto devem institucionalizar a oferta de treinamentos frequentes, sensibilizando os profissionais a respeito da relevância do tema. Sabemos que os resultados alcançados são muito mais efetivos quando toda a equipe multiprofissional participa de forma conjunta. O compartilhamento da experiência de aprendizado durante as capacitações favorece de forma significativa a performance coletiva e potencializa o alcance de objetivos comuns, que no caso das emergências hemorrágicas é o controle precoce da causa do sangramento.

Alguns grupos de pesquisadores se dedicam ao estudo de métodos de treinamento para profissionais em cenários de enfrentamento à urgências e emergências. Desta forma, já se estabeleceram modelos consagrados de capacitações que são utilizados em diferentes países e estão disponíveis para consulta, sendo uma potente iniciativa para aceleração da redução das complicações relacionadas as causas mais frequentes de morte materna.

Considerando que alguns profissionais podem não ter vivenciado uma situação de urgência obstétrica, do tipo hemorrágica ou outra, o uso de simulações realísticas durante os treinamentos favorece os processos de aprendizagem e o entendimento de novos conhecimentos.

A atuação multiprofissional coordenada, baseada no uso de protocolos clínicos contribui e potencializa a oferta de assistência qualificada e segura para todas as mulheres. Os protocolos mais atuais e utilizados em escala mundial incluem as mulheres e seus acompanhantes neste coletivo de cuidado, reconhecendo a relevância deste compartilhamento de conhecimento como ferramenta de identificação de alertas precoces de gravidade.

Equipes bem treinadas são capazes de incluir as mulheres e suas famílias no contexto da atenção obstétrica, atribuindo valor às suas contribuições, na medida em que estabelecem um canal aberto de comunicação e valorizam suas informações e questionamentos. A ação multidisciplinar que conta com a participação de acompanhantes no atendimento de urgência é considerada como padrão-ouro de atuação.

Avaliações de cenários nos quais ocorreram hemorragias puerperais mostraram que a participação de acompanhantes e da rede de apoio das mulheres foi determinante na identificação precoce do sangramento e na percepção inicial de sinais clínicos de alerta como sudorese, taquicardia e palidez. Essas informações trazidas à equipe de forma oportuna foram imprescindíveis para a pronta resposta de enfrentamento, sobretudo nas hemorragias tardias, ou seja, aquelas que acontecem após as primeiras 24 horas de parto.

Profissionais treinados devem ser capazes de atuar de forma colaborativa, eficiente e oportuna, maximizando a performance de toda equipe e sobretudo oferecendo uma assistência segura e de excelência para a promoção de uma experiência positiva de parto, livre de sequelas e com desfechos favoráveis para a mulher e sua família.

AÇÕES QUE SALVAM VIDAS: O QUE É A ESTRATÉGIA ZERO MORTE MATERNA POR HEMORRAGIA (OMMXH)?



Gabriel Costa Osanan

- Professor Associado do Departamento de Ginecologia/Obstetrícia - UFMG
- Professor da Faculdade de Medicina UNIFENAS e FAMINAS - BH
- Membro Fundador da Rede Brasileira de Acretismo Placentário
- Membro da Associação Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional
- Vice-Presidente da Comissão Nacional Especializada de Urgências Obstétricas – FEBRASGO
- Instrutor da Estratégia Zero Morte Materna por HPP - Ministério da Saúde- OPAS/OMS – Brasil



Mônica Iassanã Reis

- Enfermeira Obstetra graduada pela Universidade de Brasília, Especialista em gestão pública e planejamento em saúde. Diretora-Geral do Complexo Regulador em Saúde na Secretaria de Estado de Saúde do DF, . Atuou como Consultora em saúde da mulher e saúde sexual e reprodutiva para OPAS/OMS no Brasil, liderando a equipe de Instrutores Nacionais da Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia Pós-parto. Há 06 anos compõe a Comissão Nacional Especializada de Mortalidade Materna da FEBRASGO. Membro honorário da ABENFO Nacional e faz parte da Diretoria da Rede Brasileira de Acretismo Placentário. Consultora do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ para a qualificação da atenção à saúde das mulheres e redução da mortalidade materna, e Coordenadora Técnica da Cooperação IFF-EBSERH para fortalecimento do cuidado perinatal em 25 maternidades universitárias brasileiras.

A gestação é um período singular na vida da mulher e, naturalmente, espera-se que seja vivenciado com tranquilidade e segurança. Entretanto, como em qualquer evento de saúde, existem riscos que precisam ser conhecidos e monitorados. Entre eles, destaca-se a hemorragia pós-parto (HPP), que consiste na perda excessiva de sangue após o nascimento do bebê.

A HPP é, atualmente, a principal causa morte materna no mundo. Além disso, pode determinar a necessidade de transfusões sanguíneas ou mesmo histerectomia (retirada do útero). Apesar de sua relevância, a maioria dos casos pode ser prevenida ou ter sua gravidade reduzida com atendimento oportuno e adequado.

O que é a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia?

A Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia (OMMXH) é uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde /Organização Mundial da Saúde (OPAS-OMS), que visa melhorar o cuidado das gestantes e puérperas, de forma a reduzir a morte materna por hemorragia nas Américas.

Em setembro 2015, Ministério da Saúde (MS-Brasil), em parceria com OPAS-OMS/Brasil trouxe para o país a Estratégia OMMxH, que já estava em desenvolvimento em outros países da América desde 2014. O propósito dessa ação era simples e direto: garantir que nenhuma mulher brasileira perdesse a sua vida por causa de sangramento durante a gestação, o parto ou o pós-parto.

Naquele momento o MS-Brasil convidou os estados com mais casos de mortalidade materna por HPP para iniciarem ações para redução: Pará, Tocantins, Piauí, Maranhão, Bahia, Ceará, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. A partir daí, posteriormente, as ações do OMMxH foram levadas para outros estados, alcançando todas as regiões do país.

Como a Estratégia OMMxH ajuda na prática?

A Estratégia se integra às iniciativas já existentes no país para reduzir desigualdades em saúde e aprimorar a assistência obstétrica. Suas principais contribuições incluem:

- Qualificação das equipes multiprofissionais: profissionais da saúde são capacitados para prevenir a hemorragia, reconhecer precocemente os seus sinais e agir de forma ágil e coordenada.
- Organização de serviços de atenção ao parto: incentiva hospitais a adotarem protocolos e rotinas bem estabelecidas de prevenção, diagnóstico e atendimento às urgências hemorrágicas.
- Disponibilização de materiais essenciais: a Estratégia fomenta a oferta de medicações e tecnologias necessárias e essenciais ao atendimento eficaz da HPP, inclusive dispositivos simples que podem salvar vidas.
- Fortalecimento da rede de cuidados: quando indicada a transferência para um serviço de maior complexidade, a paciente deve ser transportada com segurança. A OMMxH apoia a articulação entre maternidades, UTIs, bancos de sangue e transporte sanitário.
- Informação e acolhimento às mulheres e suas famílias: a Estratégia reforça a importância de orientar gestantes desde o pré-natal sobre sinais de alerta, estimulando o exercício do direito à assistência segura e humanizada.

Como a Estratégia OMMxH já impactou na saúde das mulheres no Brasil?

A implementação da Estratégia tem contribuído para avanços expressivos na segurança do cuidado a gestante. Conheça alguns dos objetivos alcançados pela Estratégia no Brasil:

AÇÕES QUE SALVAM VIDAS: O QUE É A ESTRATÉGIA ZERO MORTE MATERNA POR HEMORRAGIA (OMMXH)?

- Capacitou de mais de mil profissionais diretamente envolvidos no atendimento ao parto, tais como enfermeiros, médicos obstetras e anestesistas. Alcançou também aqueles que trabalham nas UTIs, no transporte das gestantes e bancos de sangue, por meio da discussão do tema;
- Formou de mais de duzentos instrutores nacionais, responsáveis por multiplicar o conhecimento pelo país.
- Elaborou de um protocolo nacional unificado, que orienta e favorece a implementação de ações de prevenção, o diagnóstico e o tratamento da HPP.
- Introduziu no país novas tecnologias de baixo custo que já estão sendo utilizadas, principalmente nos cenários de transferências entre hospitais;
- Chamou atenção para o tema da hemorragia após o nascimento, ganhando espaço nas mídias, em congressos e eventos científicos, fazendo com que mais profissionais tivessem interesse e se aprofundassem no assunto;
- Conseguiu apoiar organização de vários hospitais, com aprimoramento da resposta às urgências hemorrágicas;
- Incentivou o trabalho compartilhado entre profissionais, em equipes multidisciplinares, o que qualifica o cuidado e melhora os resultados em saúde materna.
- Sensibilizou gestores públicos e privados, e setores da sociedade sobre a importância do enfrentamento da hemorragia no parto.
- Ofereceu apoio significativo para a redução da mortalidade materna em diferentes regiões do país;
- Tornou-se uma referência internacional de cuidado a mulher nas Américas, ao influenciar ações semelhantes em outros países latino-americanos.
- Tornou-se exemplo para o desenvolvimento de outras iniciativas para redução de morte materna por outras causas, como a hipertensão e as infecções na gestação.

E por que investir em Estratégias como OMMxH é tão importante?

A morte materna representa uma perda irreparável e afeta não apenas a mulher, mas também sua família e seu contexto social. Quando sabemos que grande parte desses óbitos pode ser evitada por meio de práticas acessíveis e bem definidas, reforça-se a importância de investir continuamente em Estratégias como a OMMxH.

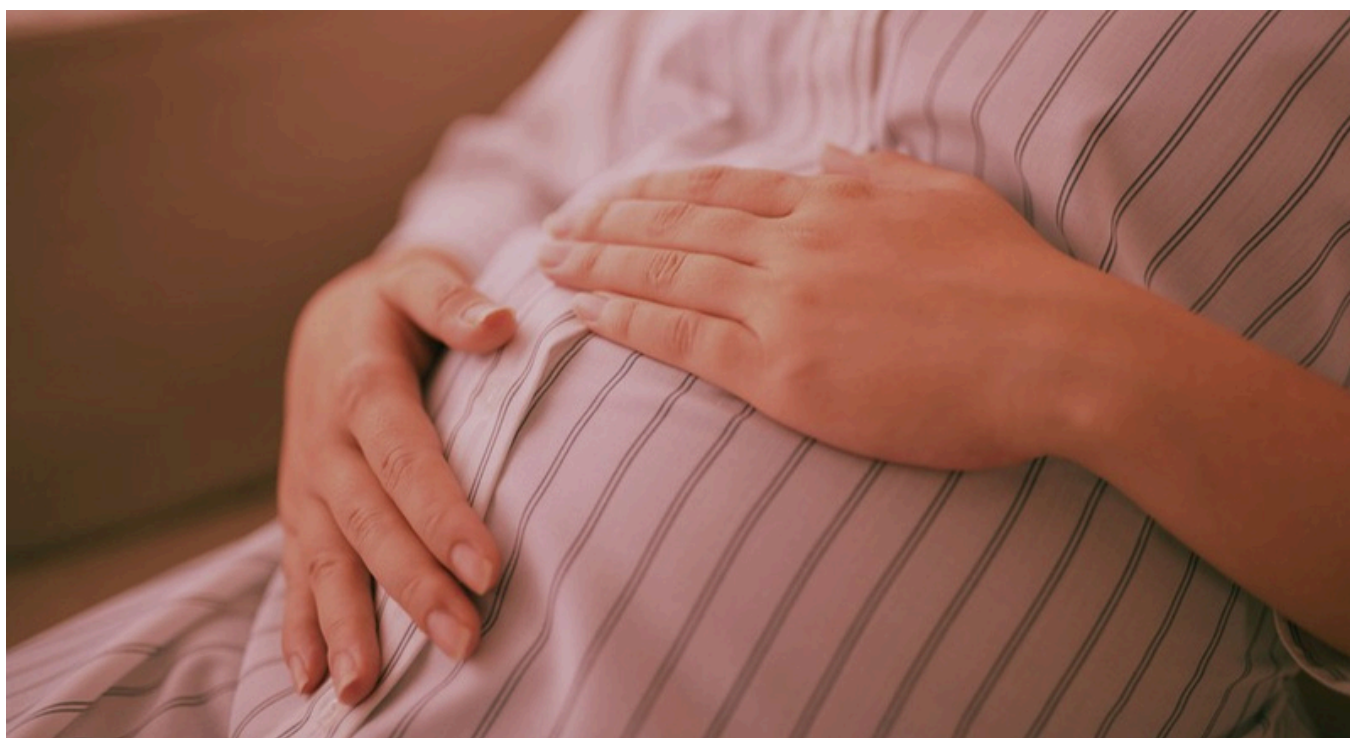
Ações como a Estratégia OMMxH ajudam a garantir que toda mulher seja atendida por equipes preparadas, em qualquer lugar do país, e que receba assistência qualificada, com acesso aos recursos necessários e respeito à sua dignidade. Nenhuma mulher deve morrer por uma causa evitável. Cuidar das nossas gestantes e puérperas é garantir o futuro das famílias e da sociedade.

Como a estratégia OMMxH incentiva o protagonismo da mulher no seu cuidado obstétrico?

A Estratégia OMMxH incentiva o protagonismo da mulher no seu cuidado obstétrico:

- Ao reforçar o acesso à informação de qualidade desde o pré-natal, promovendo o entendimento sobre sinais de alerta, direitos de assistência e medidas de prevenção da hemorragia.
- Ao fortalecer a comunicação entre profissionais de saúde, gestantes e familiares.
- Ao incentivar que a gestante sinalize condições de risco a equipe e procurem o serviço de saúde, em tempo hábil
- Ao incentivar que a gestante pergunte de forma ativa sobre o seu cuidado e compartilhe suas ansiedades.

Tais ações melhoram a assistência à mulher grávida e reforçam o vínculo entre equipe e gestante, corroborando um cuidado mais acolhedor, seguro, centrado nas suas necessidades, e baseado nas melhores evidências científicas disponíveis.



AÇÕES QUE SALVAM VIDAS: CURSOS DE EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS PARA MÉDICOS (CEO)

Como as capacitações influenciam a prática assistencial?

O manejo adequado das emergências obstétricas ainda constitui um dos maiores desafios na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, especialmente em contextos de recursos limitados e com sistemas de referência pouco resolutivos. A capacitação contínua dos profissionais de saúde surge como uma ferramenta essencial para fortalecer competências, aprimorar o trabalho interprofissional e consolidar uma cultura de segurança e qualidade na assistência obstétrica.

Diversos estudos demonstram que treinamentos voltados ao reconhecimento e manejo de emergências obstétricas estão entre as estratégias mais eficazes para reduzir a morbimortalidade materna. A formação teórica e prática de médicos, enfermeiros e outros profissionais contribui para respostas mais rápidas, seguras e coordenadas em situações críticas, como hemorragia pós-parto, eclâmpsia e sepsis.

O impacto dessas ações pode ser compreendido por meio do modelo de resultados educacionais de Kirkpatrick, que avalia desde a reação e o aprendizado dos participantes até mudanças comportamentais e melhorias em indicadores organizacionais e clínicos. Programas bem estruturados de capacitação aprimoram o conhecimento técnico e transformam atitudes e práticas, o que gera impacto comprovado na redução de complicações e mortes maternas.

Treinamentos realizados em equipe favorecem o desenvolvimento de habilidades de comunicação, liderança compartilhada e colaboração multidisciplinar — aspectos fundamentais para o desempenho eficiente em emergências. Evidências indicam que, independentemente do formato ou local de treinamento, o ganho de conhecimento é consistente, seja em centros de simulação ou diretamente nas unidades de saúde, e que o aprendizado adquirido se mantém sustentável ao longo do tempo.

No Brasil, a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia (OMMxH), coordenada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS)

em parceria com o Ministério da Saúde, destaca-se por sua relevância e impacto nos indicadores de saúde materna. Inspirada no projeto Cero Muertes Maternas do Centro Latino-Americano de Perinatologia/Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR) da OPAS/OMS, a estratégia visa fortalecer políticas públicas e práticas assistenciais voltadas à prevenção e ao manejo da hemorragia pós-parto — uma das principais causas de morte materna no país e no mundo.

Seguindo essa mesma perspectiva, o Curso de Emergências Obstétricas (CEO), promovido pela Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP), representa um exemplo de sucesso de capacitação multiprofissional com impacto direto na prática assistencial. O curso combina aulas teóricas com atividades práticas baseadas em simulação realística, abordando o manejo sistematizado das principais emergências obstétricas — como hemorragia pós-parto, crises hipertensivas, infecções graves e edema agudo de pulmão.

O CEO busca garantir que os profissionais estejam preparados para agir de forma ágil e coordenada diante das urgências responsáveis pelas principais causas de morte materna, com base em protocolos padronizados e na atuação de equipes multiprofissionais integradas. Além da qualificação técnica, a estratégia promove o fortalecimento da rede assistencial e a melhoria da infraestrutura hospitalar, contribuindo para um cuidado mais equitativo e resolutivo.

As atividades são conduzidas por instrutores habilitados e utilizam metodologias ativas que estimulam o raciocínio clínico, a tomada de decisão crítica e a integração entre as equipes. Desde 2018, com uma estrutura que se adapta aos locais das oficinas e com instrutores distribuídos por todo o estado de São Paulo, o curso tem ampliado seu alcance e fortalecido diferentes cenários assistenciais. Essa ampla difusão tem contribuído para a padronização de condutas, o fortalecimento da rede de atenção obstétrica e a melhoria da resposta a emergências maternas.



AÇÕES QUE SALVAM VIDAS: CURSOS DE EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS PARA MÉDICOS (CEO)

Como as capacitações influenciam a prática assistencial?

Como estratégia complementar para ampliar ainda mais o alcance dessas ações educativas, tem sido estimulada e difundida, nos últimos anos, a inclusão de estações práticas de capacitação em técnicas e simulações realísticas de emergências obstétricas na programação de congressos, jornadas e eventos científicos promovidos por sociedades médicas e multiprofissionais. Essa abordagem tem permitido atingir um público ainda mais amplo, promover a atualização continuada e integrar a formação técnica ao contexto científico e associativo das especialidades.

Os resultados observados vão além da melhoria individual do desempenho profissional. As capacitações têm promovido mudanças estruturais nos serviços de saúde, favorecendo a adoção de protocolos institucionais, a melhoria da comunicação entre equipes e a consolidação de uma cultura organizacional voltada à segurança do paciente. Em consequência, os indicadores de morbidade e mortalidade materna apresentam reduções significativas, confirmando que investir em educação e treinamento é investir diretamente em vidas salvas.

Programas como a Estratégia OMMxH e o CEO da SOGESP demonstram, na prática, o poder transformador da educação permanente em saúde. Mais do que ensinar técnicas, essas iniciativas promovem uma nova forma de pensar o cuidado obstétrico centrada na paciente, orientada por evidências e sustentada pelo trabalho em equipe. São ações que consolidam o compromisso com um sistema de saúde mais seguro, humano e eficiente, reafirmando que capacitar é, acima de tudo, salvar vidas.

Leitura Complementar

Paganoti CF, Moisés ECD, Neves FF, Mattar R, Francisco RP, Quintana SM, Borges VTM. Capacitação teórica e prática de profissionais de saúde em emergências obstétricas como estratégia de redução de mortalidade materna. 1ª ed. São Paulo: SOGESP; 2021. 158 p.

Tavares AB, Ávila AN, Santos ACCC, Vito B, Mucio B, Paganoti CF, Moisés ECD, Cirolini E, Oliveira ECG, Osanan GC, Padilla H, Silva HC, Meyer MF, Vieira LB, Reis MI, Magalhães PPR, Francisco RPV, Delfino SM, Quintana SM, Medeiros SCG, Dutra TMLS, Vilela MEA, Angelim MGMM, Franco Netto TDL.

Manual de orientação para o Curso de Prevenção e Manejo Obstétrico da Hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia. 1ª ed. São Paulo: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2017. 72 p.

Tavares AB, Ávila AN, Santos ACCC, Vito B, Mucio B, Paganoti CF, Moisés ECD, Cirolini E, Oliveira ECG, Osanan GC, Padilla H, Silva HC, Meyer MF, Vieira LB, Reis MI, Magalhães PPR, Francisco RPV, Delfino SM, Quintana SM, Medeiros SCG, Dutra TMLS, Vilela MEA, Angelim MGMM, Franco Netto TDL.

Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2018. 80 p.



Rosiane Mattar

- Professora Titular Departamento de Obstetrícia – EPM – UNIFESP
- Presidente da CNE de Gestação de Alto Risco – FEBRASGO
- Diretora Científica – SOGESP



Fernanda Spadotto Baptista

- Médica Assistente dos grupos de Hipertensão na Gesta o e de Tromboses na Gesta o da Clínica Obstétrica do HCFMUSP
- Mestrado e Doutorado em Medicina pela FMUSP



Elaine Christine Dantas Moises

- Professora Livre-docente Associada do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP)
- Presidente da Comissão Nacional Especializada em Hiperglicémia e Gesta o da FEBRASGO



Vera Therezinha Medeiros Borges

- Graduação em Medicina Humana pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1990)
- Mestrado em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1997)

- Doutorado em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2002)
- Livre-Docência pela Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP (2013)
- Professora Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp (01/2025)
- Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp de 2018 a 2025.



Silvana Maria Quintana

- Professora Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo - FMRP USP
- Coordenadora Científica de Obstetrícia da Sogesp



Rossana Pulcineli Vieira Francisco

- Graduada em Medicina na PUC-Campinas (1992), possui Mestrado (1998), Doutorado (2002) e Livre-Docência (2011) pelo Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP. Professora Titular da Disciplina de Obstetrícia do

Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP,   Vice-Chefe do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP e Chefe da Divisão de Obstetrícia e Ginecologia do HU-USP

AÇÕES QUE SALVAM VIDAS: A IMPORTÂNCIA DO USO DAS CAIXAS DE EMERGÊNCIAS PARA HPP, EM TODOS OS LOCAIS DE ATENDIMENTO DE GESTANTES OU PUÉRPERAS.



Fabiano Elisei Serra

- Doutor em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)
- Especialista em Educação na Saúde pela Universidade de São Paulo (USP)
- Supervisor da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital da Mulher – São Paulo
- Professor de Ginecologia e Obstetrícia na UNISA, USCS e Afya GO
- Coordenador da Obstetrícia do Hospital Maternidade Interlagos e do Hospital Maternidade Amparo Maternal

A chegada de um bebê é um dos momentos mais esperados na vida de uma mulher e de sua família. É um instante de emoção, de alívio e de celebração. Mas mesmo em um evento tão bonito, o parto pode, em algumas situações, trazer riscos à saúde da mãe. Entre as complicações mais temidas está a hemorragia pós-parto, uma das principais causas de morte materna no mundo; e que, em grande parte dos casos, pode ser evitada com medidas simples e rápidas.

A hemorragia pós-parto acontece quando a mulher perde uma quantidade excessiva de sangue após o nascimento do bebê. Essa perda pode ser imediata, nas primeiras horas após o parto, ou acontecer um pouco mais tarde, nas primeiras semanas. Na maioria das vezes, o sangramento ocorre porque o útero não consegue se contrair adequadamente depois da saída da placenta, o que chamamos de atonia uterina. Mas há outras causas, como lacerações no canal de parto, restos placentários ou alterações na coagulação do sangue.

Independentemente da origem, o mais importante é reconhecer rapidamente o problema e agir sem demora. Nesses casos, cada minuto conta. Uma mulher pode perder uma grande quantidade de sangue em poucos minutos e evoluir para um quadro grave se a equipe não estiver preparada para agir de forma imediata.

É exatamente aí que entram as caixas de emergência para hemorragia pós-parto. Elas são verdadeiros “kits de vida”, criadas para que qualquer profissional de saúde, seja em um hospital grande, uma maternidade pequena, uma unidade básica ou até mesmo em locais remotos, tenha à mão tudo o que é necessário para iniciar o atendimento de forma ágil e segura.

Essas caixas contêm os materiais e medicamentos essenciais para controlar a hemorragia: medicamentos que fazem o útero contrair, soro, equipo de infusão rápida, luvas, cateteres, sondas e, em alguns casos, dispositivos que ajudam a conter o sangramento dentro do útero, como o balão de tamponamento uterino. Também podem incluir um “check list” de etapas a serem cumpridas e instrumentos para monitorar os sinais vitais e identificar precocemente o agravamento da paciente.

O princípio é simples: ter tudo organizado, visível e acessível em um só lugar salva tempo. Salvar tempo, nesse caso, significa salvar vidas.

A implantação dessas caixas faz parte de uma estratégia mundial, recomendada por organizações como a OMS (Organização Mundial da Saúde) e a FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia), para reduzir as mortes maternas. O objetivo é padronizar a resposta da equipe diante de uma emergência, evitando improvisos e garantindo que todas as medidas sejam tomadas de forma coordenada.

Nos hospitais e maternidades, essas caixas devem estar em locais estratégicos, sempre próximas às salas de parto e de recuperação. Além disso, é fundamental que toda a equipe — médicos, enfermeiros, técnicos e residentes — saiba onde ela está e como utilizá-la. De nada adianta ter o material se ele não for de fácil acesso ou se os profissionais não estiverem treinados para agir.

Por isso, a implantação das caixas de emergência deve vir acompanhada de treinamentos periódicos. A simulação de situações reais ajuda a equipe a ganhar segurança e agilidade. Nesses momentos, cada membro tem um papel definido. Essa coordenação faz toda a diferença.

Em muitos locais, especialmente nas regiões mais afastadas, a presença dessas caixas é o que garante que a paciente receba o primeiro atendimento de forma correta, enquanto aguarda o transporte para um centro mais estruturado. Elas representam equidade em saúde, pois permitem que mulheres, independentemente de onde estejam, tenham acesso a um cuidado digno e potencialmente salvador.

Saiba, porém, que a responsabilidade não é só dos profissionais. O conhecimento também empodera as famílias. Saber reconhecer sinais de alerta, como sangramento intenso, tontura, palidez, fraqueza ou desmaios pós-parto, e procurar atendimento imediatamente é fundamental. A hemorragia pós-parto pode acontecer mesmo após uma alta hospitalar aparentemente tranquila e o retorno rápido ao serviço de saúde pode evitar complicações.

A meta de eliminar mortes maternas por causas evitáveis é global e cada ação local conta. Garantir que toda maternidade e todo serviço de saúde que atenda gestantes e puérperas possuam uma caixa de emergência para hemorragia pós-parto é um passo simples, mas de enorme impacto.

Cada caixa pronta, cada equipe treinada e cada mulher atendida com agilidade representam vidas salvas, famílias preservadas e histórias que seguem sendo escritas. Afinal, quando falamos em hemorragia pós-parto, o tempo é o maior inimigo.

SOBREVIVI A UMA HEMORRAGIA PÓS-PARTO (HPP), O QUE TENHO A COMPARTILHAR?



Aline Priscila Rego de Carvalho

- Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco
- Enfermeira Obstetra pelo programa de Residência em Enfermagem da Saúde da Mulher do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.
- Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente, pelo programa de pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco.
- Coordenadora da Educação Profissional da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE/SES-PE).
- Instrutora Nacional da Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia.

Sou enfermeira obstetra, mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, e dedico minha vida à formação de profissionais que cuidam de mulheres e recém-nascidos no SUS. Falo hoje não apenas como profissional da saúde, mas como mulher que viveu na própria pele uma das maiores urgências obstétricas: a hemorragia pós-parto (HPP).

Em plena pandemia de Covid-19, engravidei naturalmente de gêmeas, aos 36 anos, mesmo com diagnóstico prévio de endometriose profunda. Por volta da 25ª semana, comecei a ter pequenas perdas e contrações. Com 29 semanas, entrei em trabalho de parto prematuro, e mesmo com todas as medidas, evolui com dilatação completa, submetida à cesariana de urgência: gestação gemelar prematura extrema, com primeiro feto pélvico.

Durante o procedimento, enfrentei uma hemorragia intensa. Não recebi, naquele momento, o diagnóstico de “HPP”, mas precisei de todas as medidas para conter o sangramento, incluindo uma sutura B-Lynch — técnica usada para preservar o útero quando ele não contrai adequadamente. Mesmo após a cirurgia, continuei apresentando perdas aumentadas e sinais de fadiga, mas meus exames laboratoriais, embora com queda significativa da hemoglobina, foram considerados “normais”.

Segui o pós-parto com todos os desafios que envolvem acompanhar duas filhas prematuras na UTI neonatal. Durante o puerpério imediato, tive sensações incomuns: fraqueza, tontura, uma sensação “estranha” em minha barriga. Continuei buscando ajuda, pedindo exames, fiz uso de ferro venoso, realizei exames mas fui informada que não havia alterações. Quando uma das minhas filhas recebeu alta da UTI, concentrei toda minha energia nos cuidados neonatais e acabei “desapegando” das minhas próprias queixas.

Mas o corpo tem voz — e, se não o escutamos, ele grita.

No 42º dia pós-parto, ainda na unidade (Canguru) com minhas filhas, um sangramento intenso começou de repente. Chamei a enfermeira, pedi o maqueiro e insisti que precisava ir imediatamente para a emergência obstétrica. Ao chegar, expliquei que estava com uma hemorragia importante, mas meu relato não foi valorizado. Pedi que olhassem a cadeira que estava sendo transportada e o chão. Foi só então que a médica percebeu a gravidade: ordenou oxigênio, dois acessos venosos e sala para curetagem.

Naquele instante, minha formação e minha vivência profissional me salvaram. Pedi que chamassem o banco de sangue e disse que uma sala de curetagem não seria o local adequado para o que estava acontecendo.

Persisti — e essa insistência foi decisiva. Outra médica foi chamada. Ela confirmou: “você está em choque hipovolêmico, precisamos ir para o centro cirúrgico agora”. Lembro-me de segurar sua mão e dizer: “faça o que for preciso”. Eu sabia que a histerectomia era uma possibilidade real — e era o preço da minha vida.

Fui submetida a uma histerectomia parcial e, cerca de trinta dias depois, o resultado do exame confirmou o diagnóstico: placenta increta, uma condição grave em que a placenta se adere profundamente à parede do útero, dificultando o controle do sangramento.

Eu sobrevivi porque reconheci os sinais, insisti nas condutas e sabia o que precisava ser feito. Esse foi meu privilégio: ter o conhecimento e a coragem para agir. Mas nem todas as mulheres terão esse mesmo acesso à informação ou o preparo técnico para identificar o que está acontecendo.

Por isso, é essencial reforçar: a educação em saúde e o autocuidado são essenciais, mas a responsabilidade não é apenas da gestante. A equipe de saúde precisa valorizar as queixas, realizar o diagnóstico precoce e agir de forma imediata e organizada. Protocolos bem estruturados, treinamento contínuo e comunicação eficiente salvam vidas.

A hemorragia pós-parto é uma emergência obstétrica, pode acontecer em qualquer mulher — mesmo em gestações de baixo risco — e pode surgir nas primeiras horas ou até semanas após o parto. Ela exige ação rápida e, às vezes, medidas extremas: transfusão sanguínea e, em alguns casos, a histerectomia. Essas decisões salvam mães, e cada minuto conta.

Hoje, quando ensino sobre o reconhecimento precoce e o manejo da HPP, falo com a voz de quem viveu. A voz de quem sentiu o medo e a força de continuar. E deixo este recado às gestantes e famílias:

- Observe seu corpo. Se o sangramento for intenso, se houver tontura, desmaio, suor frio, palpitações ou fraqueza, procure um serviço de urgência.
- Procurem ajuda imediatamente e insistam se sentirem que algo não está certo.
- E, principalmente, não se silencie. O instinto de que algo não está certo pode ser o primeiro sinal de alerta. A maternidade é também um ato de resistência e consciência
- E, às equipes: ouçam as mulheres. Elas sabem quando algo não vai bem.
- Sobreviver à HPP é, acima de tudo, um renascimento. E que cada história como a minha sirva para reafirmar: a vida das mulheres importa, e o cuidado atento faz toda a diferença.

TRANSFUSÃO NA HEMORRAGIA PÓS PARTO

O sangue e hemocomponentes, ou seja, concentrados de hemácias, concentrados de plaquetas e o plasma são essenciais para a realização de inúmeros procedimentos médicos. As transfusões se fazem necessárias para grande parte das cirurgias, para o atendimento à traumas, realização de transplantes, quimioterapia contra o câncer e certamente em hemorragias que ocorrem em algumas pacientes no pós-parto.

Não existe até o momento nenhum substituto para as transfusões de sangue. Por isso, ainda necessitamos de doadores de sangue e devemos selecioná-los para que tenhamos riscos mínimos de transmissão de doenças.

Ha cerca de quatro décadas, receber um hemocomponente (parte do sangue doado) era uma terapêutica de alto risco. A transmissão de hepatites virais e do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV - AIDS do inglês) era extremamente frequente, chegando a transmissão dos vírus B e C (não A não B) a assustadora taxa de 25% das transfusões (anos 80). Outras doenças como Chagas, Malária, Sífilis e os vírus HTLVI e II também podiam ser transmitidas e preocupavam bastante os pacientes. Já na metade da década de 80, logo depois do início da epidemia da AIDS, várias medidas foram tomadas mundialmente, incluindo uma triagem clínica (entrevista) e a realização de testes sorológicos ultrasensíveis para a detecção de anticorpos contra agentes infecciosos. Mais recentemente, testes de biologia molecular foram incluídos e com isso, os riscos foram minimizados para níveis baixíssimos. Hoje os riscos de transmitir agentes como o HIV ou Hepatites B ou C giram em torno de 1 para cada 2 milhões de transfusões! Risco muito menor do que o que ocorre na maior parte dos procedimentos médicos. Ou seja, as transfusões são muito seguras.

A hemorragia uterina no pós-parto, pode ser discreta e não comprometer a volemia (o total de sangue que temos), porém pode levar a anemia. É muito importante diagnosticar a anemia pós-parto precocemente, pois ela está associada a morbididades maternas, incluindo depressão, além de impactar negativamente o vínculo materno-infantil e a capacidade da mãe de cuidar do recém-nascido. A anemia pode ser corrigida, na grande maioria das vezes, com a administração de ferro oral ou endovenoso.

Em casos de sangramentos mais expressivos, como os que ocorrem em algumas situações obstétricas graves (atonía uterina, lacerações do trato genital, ruptura uterina, retenção de tecido placentário e distúrbios de coagulação materna), podem ocorrer perdas de grandes volumes de sangue, sendo necessário o uso das transfusões, o que ocorre em geral em torno de 1 a 2% dos casos de hemorragia pós-parto. Raramente pode ocorrer uma perda de volume de sangue tão grande que a parturiente sofre o risco de choque hemorrágico e há necessidade de transfusão superior a 4 concentrados de hemácias em 1 hora ou mais de 10 concentrados em 24 horas, situação chamada de transfusão maciça, que exige a transfusão também de plasma e plaquetas para corrigir potenciais defeitos de coagulação que poderiam aumentar ainda mais o sangramento. Nessas situações mais graves, o sangue é essencial para manter a vida da paciente.

Devemos lembrar ainda que antes de cada transfusão são realizadas provas laboratoriais (com o sangue da candidata a transfusão e a bolsa de sangue a ser recebida) que garantem a segurança do procedimento (tipagem sanguínea, pesquisa de anticorpos, etc). Antes do início da administração do hemocomponente, a enfermagem realiza a dupla checagem da bolsa (e da identificação do paciente).

Em geral, o paciente não apresenta mal-estar algum durante as transfusões. Caso haja qualquer reação (febril, alérgica, entre outras), a equipe hospitalar está treinada em como agir e notificar os bancos de sangue.

Podemos afirmar com segurança que a transfusão salva vidas e que seus riscos nos dias de hoje, são superados grandemente pelos benefícios.



Prof. Dr. Marcelo Gil Cliquet

- Doutor em Hematologia pela FMUSP
- Título de especialista pela ABHH
- Fellow do American College of Physicians - FACP
- Coordenador da Área de Hematologia e Hemoterapia da FCMS da PUCSP



Profª. Dra. Antonianna Furtado Cavalcante Vecina

- Graduada pela Universidade Federal do Ceará
- Mestre em Hematologia pela FMUSP
- Professora de Hematologia da FCMS da PUCSP
- Vice-coordenadora do Curso de Medicina da FCMS da PUCSP



A IMPORTÂNCIA DO ENSINO SOBRE HEMORRAGIA PÓS-PARTO DURANTE A GRADUAÇÃO

O ensino médico é uma arte complexa e repleta de detalhes em cada área de aprendizagem. Ao final do curso, os alunos escolherão qual área seguir, porém, o ensino das áreas básicas continua sendo obrigatório, não apenas por fazer parte do currículo médico, mas por formar uma base de conhecimento que representa o alicerce para tudo que virá adiante em sua carreira profissional.

O conhecimento médico avança a passos largos, enquanto o ensino médico continua a ser realizado em apenas seis anos, tempo insuficiente para contemplar o detalhamento básico que exige cada uma das especialidades. Desta forma, corremos o risco de que muitos aspectos essenciais acabem não fazendo parte do ensino na graduação, mesmo que eles estejam contemplados nas diretrizes propostas pelo MEC.

Atuação médica adequada em situações ameaçadoras à vida, é um dos pilares essenciais para a redução da mortalidade materna. Diante de situações graves, como a hemorragia pós parto (HPP), muitos profissionais de diferentes áreas são envolvidos na assistência, entre eles obstetras, anesthesiologistas, hematologistas, intensivistas, clínicos etc., e o que vemos muitas vezes são opiniões diversas entre especialidades que acabam por atrapalhar sobremaneira a resposta aos agravos apresentados. Assim, reforça-se que o aprendizado dos protocolos vigentes para assistência em emergências obstétricas, deva ser aprendido, de forma rigorosa, desde a graduação.

Como estudantes de Medicina, percebemos que aprender sobre HPP ainda na graduação é fundamental para compreender a gravidade dessa emergência. A HPP continua sendo uma das principais causas de morte materna, algo que poderia ser amplamente prevenido com qualificação profissional adequada. Desde cedo, fica claro que reconhecer sinais de alerta, como alterações no tônus uterino e sangramento acima do esperado, é uma habilidade que salva vidas; A chamada "hora de ouro" citada pelos especialistas reforça que cada minuto importa, saber agir com rapidez, chamar ajuda, iniciar medidas farmacológicas e aplicar manobras simples depende diretamente de um ensino qualificado e de oportunidades práticas durante o curso.

A graduação também nos permite desenvolver não só o conhecimento técnico, mas a postura necessária diante de situações de alta pressão emocional. Outro aprendizado essencial é entender que o cuidado na HPP é multiprofissional, técnicos de enfermagem, enfermeiros, anesthesiologistas e médicos precisam atuar de forma coordenada e aprender isso como alunos ampliam nossa visão sobre o real funcionamento de uma sala de parto. O ensino adequado durante a graduação não apenas melhora nossas habilidades técnicas, mas também nos torna mais seguros e preparados para enfrentar emergências que podem surgir inesperadamente. Assim, estudar HPP desde a formação inicial é um passo essencial para reduzir mortes evitáveis e para formar médicas e médicos mais conscientes, responsáveis e competentes diante de uma das urgências obstétricas mais desafiadoras.



Henri Augusto Korkes

- Mestre e Doutor em Ciências pela Unifesp
- PhD pela Harvard Medical School – PhD Program / Sandwich
- Membro Co-Fundador da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
- Membro da Comissão Nacional Especializada em

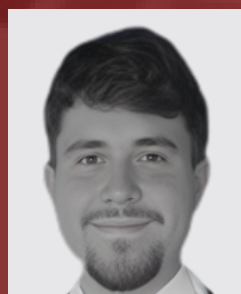
Hipertensão da Febrasgo

- Chefe do Departamento de Reprodução Humana e Infância da FCMS/PUC-SP
- Presidente da Sogesp Sorocaba e Vale do Ribeira



Maria Laura Moreno Nascimento Canineu Brandão

- Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade Nove de Julho – Vergueiro/SP



Danilo Ramirez de Gregori

- Graduado em Medicina pela Faculdade Nove de Julho – Vergueiro/SP



SAÚDE DA MULHER: CUIDADO ESSENCIAL EM CADA ETAPA

A **Hebron Farmacêutica** é uma empresa brasileira sediada em Pernambuco, que acredita profundamente que ciência e cuidado caminham juntos. Por meio da pesquisa constante e do desenvolvimento de tecnologias inovadoras em saúde, a empresa trabalha incansavelmente para oferecer soluções que façam diferença real e tangível na vida das pessoas.

Um dos principais focos estratégicos da Hebron é a saúde integral da mulher, especialmente no cuidado durante a gestação e o parto. Entre os desafios mais importantes e delicados desse período está a hemorragia pós-parto, uma condição potencialmente grave que pode ocorrer após o nascimento do bebê e que ainda representa uma das principais causas de complicações maternas severas em todo o mundo.

Compromisso com a Saúde Materna

A Hebron reforça seu propósito de promover mais segurança, mais informação e mais qualidade de vida em todas as fases da maternidade.



Pesquisa & Desenvolvimento

Tecnologias inovadoras em saúde, desenvolvidas com rigor científico para atender necessidades reais do sistema de saúde brasileiro.



Acesso Hospitalar

Garantia de distribuição do misoprostol para hospitais e maternidades em todo o território nacional, assegurando disponibilidade do recurso essencial.



Educação Continuada

Apoio a programas educacionais em hospitais de todo o país, contribuindo para atualização e preparo dos profissionais de saúde.

O Papel do Misoprostol na Prevenção da Hemorragia Pós-Parto

Para a prevenção e o tratamento eficaz da hemorragia pós-parto, médicos obstetras contam com o misoprostol, um medicamento amplamente estudado e utilizado em diversos países ao redor do mundo. Este fármaco é reconhecido por importantes sociedades médicas internacionais e está presente nas principais recomendações e protocolos de cuidado obstétrico estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde.

Portaria n 344/1998

Seu uso é restrito exclusivamente ao ambiente hospitalar e realizado sob prescrição e acompanhamento rigoroso de profissionais de saúde especializados, garantindo segurança e eficácia no tratamento.

No Brasil, a Hebron Farmacêutica é responsável pela fabricação e distribuição do misoprostol, assegurando que hospitais e maternidades públicas e privadas tenham acesso garantido a esse recurso essencial no cuidado à saúde materna e na redução da mortalidade relacionada ao parto.

Informação que Salva Vidas

Além de desenvolver medicamentos essenciais, a Hebron Farmacêutica acredita firmemente que informação qualificada e acessível salva vidas. Por isso, a empresa apoia consistentemente programas de educação continuada em hospitais de todo o país, contribuindo para que os profissionais de saúde estejam sempre atualizados com as melhores práticas e preparados para oferecer um atendimento seguro, eficaz e humanizado às mulheres.

10 Medidas Preventivas Fundamentais para prevenir a Hemorragia Pós-Parto

A prevenção da hemorragia pós-parto envolve um conjunto integrado de medidas que devem ser implementadas antes, durante e após o parto. Conheça as principais estratégias recomendadas por especialistas:

- **Acompanhamento Pré-natal Completo:** Consultas regulares e monitoramento da saúde da gestante para identificar precocemente riscos no parto.
- **Planejamento Detalhado do Parto:** Discutir opções e complicações com o obstetra, criando um plano individualizado para minimizar riscos.
- **Amamentação Imediata:** Iniciar amamentação pós-parto para auxiliar a contração uterina e reduzir o sangramento.
- **Massagem Uterina Pós-Parto:** Massagem uterina pós-parto para estimular contração e prevenir acúmulo de sangue.
- **Cuidados Rigorosos com a Placenta:** Garantir a expulsão completa da placenta após o parto para evitar hemorragia tardia.
- **Uso Criterioso de Medicamentos:** Uso de medicamentos prescritos pelo médico, uterotônicos (ocitocina, misoprostol) para auxiliar a contração uterina e prevenir sangramentos.
- **Hidratação e Nutrição Adequadas:** Manter dieta equilibrada e hidratação na gestação e puerpério para fortalecer o organismo e a recuperação.
- **Identificação Prévia de Riscos:** Informar histórico de hemorragias, distúrbios de coagulação ou cesarianas prévias à equipe de saúde.
- **Apoio Emocional Integral:** Suporte psicológico e emocional para ajudar a gestante a lidar com o parto e reduzir a ansiedade.
- **Educação em Saúde Materna:** Participar de cursos preparatórios sobre parto e pós-parto para compreender cuidados e reconhecer sinais de alerta.

Essas medidas preventivas ajudam substancialmente a reduzir o risco de hemorragia pós-parto e promovem uma recuperação mais tranquila e segura para a mãe. Se houver qualquer preocupação ou sinal de alerta durante a gestação ou após o parto, é fundamental buscar imediatamente orientação médica especializada.





sua jornada
é a nossa
inspiração.

PATROCÍNIO:

