

## A ENFERMAGEM DIANTE O ACRETISMO PLACENTÁRIO

CAMARGO, Jislaine Santos de Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva – FAIT – Itapeva/SP

ALMEIDA, Maria Clara<sup>2</sup>

<sup>2</sup>Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva – FAIT – Itapeva/SP

### RESUMO

Ainda com baixa incidência, porém com crescimento exponencial e significativo nos últimos anos, o acretismo placentário representa uma importante causa de morbimortalidade materna no Brasil. Estando atrelada ao grande número de partos cirúrgicos, representa um dos grandes desafios para as políticas públicas no país. O objetivo deste trabalho foi descrever a atuação dos profissionais de enfermagem diante o acretismo placentário. A metodologia aplicada na elaboração deste trabalho foi a pesquisa bibliográfica descritiva, realizada através de acesso a manuais, revistas, artigos e sites indexados sobre a temática escolhida. Reconhecer a gravidade desta patologia e seus principais fatores de risco, apontam para uma assistência de enfermagem voltada para o estímulo ao parto natural que poderá representar uma estratégia eficaz na redução de óbitos maternos. Pode se concluir, portanto, a necessidade de comprometimento do enfermeiro perante o tema abordado, uma vez que, este profissional possui contato direto com as pacientes durante o pré-natal e está à frente das intervenções necessárias para obtenção dos resultados esperados.

**Palavras-chave:** Acreta, Patologias obstétricas, Placenta acreta

**Linha de Pesquisa:** Saúde da Mulher

### ABSTRACT

Still with low incidence, but with exponential and significant growth in recent years, placental accretism represents an important cause of maternal morbidity and mortality in Brazil. Being linked to the large number of surgical deliveries, it represents one of the major challenges for public policies in the country. The aim of this study was to describe the role of nursing professionals in the face of placental accretism. The methodology applied in the elaboration of this work was the descriptive bibliographic research, carried out through access to manuals, magazines, articles and websites indexed on the chosen theme. Recognizing the seriousness of this pathology and its main risk factors, point to a nursing care aimed at stimulating natural childbirth that may represent an effective strategy in reducing maternal deaths. Therefore, it is possible to conclude the need for nurses' commitment to the topic addressed, since this professional has direct contact with patients during prenatal care and is in charge of the necessary interventions to obtain the expected results.

**Keywords:** Accreta, Obstetric Pathologies, Placenta Accreta

## 1. INTRODUÇÃO

Caracterizado pela implantação anormal da placenta à parede uterina, o acretismo placentário é uma das complicações mais graves do período gestacional, cuja qual, ocorre tipicamente após o parto e se dá através da infiltração do tecido placentário e sua fixação à parede externa do útero, podendo também, em casos mais graves, atingir órgãos adjacentes. É classificado de acordo com o grau de profundidade invasiva, podendo ser subdividido em quadros de placenta acreta, increta e percreta (MEDEIROS et al., 2017).

Considerado como causa importante de morbimortalidade materna, o acretismo placentário está diretamente atrelado a complicações graves como a perfuração uterina, ruptura da bexiga e, mais comumente, ao sangramento pós-parto, que pode levar à óbito (LINHARES et al., 2010).

Embora tal condição apresente baixos índices de ocorrência, as taxas de morbidade e mortalidade para mãe e feto são relativamente elevadas (LEAL; SANTOS; FRANÇA, 2018).

Sua incidência é de aproximadamente um caso para cada quinhentas e trinta e três gestações (1/533), com tendências à aumento exponencial nos últimos anos, devido à sua associação direta ao aumento de partos cirúrgicos, tendo em vista que a intervenção uterina precedente representa o principal fator de risco para esta sintomatologia (NUNES et al., 2013).

Importante ressaltar que o recurso, dispensável e excessivo, ao parto cirúrgico é considerado elemento agravante do quadro em questão, por conduzir gestações, até então normais, a riscos desnecessários tanto para a mãe quanto para o feto (BRASIL, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), além de incluir-se como importante elemento vinculado à gestação de alto risco, estima-se que em torno de 70% dos casos de acretismo placentário, seja necessária a realização de histerectomia no momento do parto, situação esta, que aumenta consideravelmente o risco de síndrome hemorrágica.

Não existe tratamento para o acretismo, todavia, quando identificado antes do parto reduz, consideravelmente, os riscos para a mãe, sendo o diagnóstico precoce essencial no planejamento e preparo da equipe cirúrgica para a realização do procedimento e, por conseguinte, para a redução do risco de complicações hemorrágicas (MEDEIROS et al., 2017).

A chamada Inoportunidade da Assistência, caracterizada pela identificação tardia de uma complicação e a perda de oportunidade de intervenção em tempo hábil para preservação da vida, é responsável por 60% dos óbitos maternos, ocorridos no momento da internação para o parto, no Brasil. Cerca de 15% das gestações são consideradas de alto risco, a prévia identificação para posterior acompanhamento de maior complexidade é fundamental para a redução de óbitos dessas mulheres. Tal redução só é possível através do efetivo trabalho de médicos e enfermeiros engajados em garantir um acompanhamento adequado e seguro da gestação até o parto e nascimento (BRASIL, 2000).

O percentual de mortalidade materna relacionado ao acretismo desperta para questionamentos sobre a necessidade de acompanhamento multidisciplinar antecedente ao parto, sobretudo em gestantes com histórico de parto cirúrgico. Esta realidade revela um dos grandes desafios a serem superados pelos serviços de saúde brasileiros e demonstra a relevância da produção deste trabalho.

Diante de tal exposto, o objetivo deste trabalho foi descrever a atuação dos profissionais de enfermagem diante o acretismo placentário com posterior redução dos índices de morbimortalidade materna.

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de natureza descritiva, elaborado através de busca em artigos, manuais e sites indexados que desenvolvessem de forma clara e objetiva a importância do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem frente ao acretismo placentário.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

Desenvolvendo funções essenciais durante a gestação, a placenta é um órgão temporário formado pela justaposição das membranas fetais e da mucosa uterina de

modo a permitir a transferência de gases e nutrientes entre mãe e feto (BROLIO et al., 2010).

A implantação anormal deste órgão à parede uterina é denominada como acretismo placentário. O acretismo placentário, de modo especial, o qual ultrapassa o endométrio podendo alcançar a serosa ou outros órgãos, é responsável por aproximadamente 70% dos casos de transfusão sanguínea, provenientes de procedimentos como a remoção placentária, curetagem uterina e histerectomia periparto (LINHARES et al., 2010).

Em condições normais, a placenta se desprende do corpo de forma natural em até 30 minutos após o nascimento, porém em situações em que o acretismo ocorre, a placenta continua aderida ao útero, sendo necessária sua retirada de forma cirúrgica. Durante a remoção pode haver complicações como a hemorragia, colocando a vida da paciente em risco (SOGESP, 2019).

De acordo com Freitas e Ayres-de-Campos (2015), acredita-se que aderência anormal da placenta se deve pela ausência da chamada decídua basal de forma parcial ou total.

Em condições anormais a penetração do trofoblasto ao endométrio até a decídua basal ocorre associada à invasão da camada esponjosa da decídua - responsável pela separação natural da parede uterina da placenta. Esta anomalia pode ser dividida em placenta acreta, quando a penetração acontece na camada esponjosa sem atingir o miométrio, o inverso do ocorrido na chamada placenta increta que é caracterizada pela invasão miometrial, não ultrapassando esta camada. No caso de placenta percreta, ocorre a penetração mais profunda, atingindo a serosa uterina e, em alguns casos, atingindo até mesmo órgãos próximos como a bexiga (BERRETO; FARIA; SANTOS, 2018).

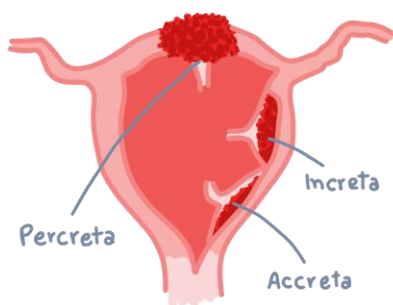


Figura 1: Estágios de invasão da placenta (SOUZA, 2019).

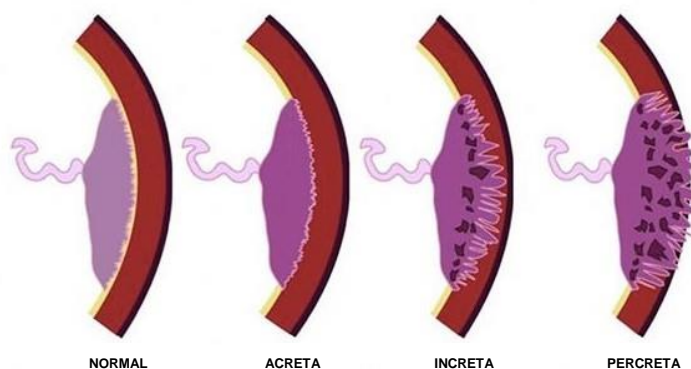


Figura 2: Graus de profundidade invasiva (ZAIDI et al., 2016).

Noa(m

Acredita-se que a fisiopatologia do acretismo placentário esteja relacionada à escassez ou mesmo à inexistência da chamada camada de Nitabuch, uma camada de fibrina alojada entre a decídua basal e o córion frondoso. Tal situação é resultado de falhas na reconstituição do endométrio/decídua basal, especialmente após a reparação de um parto cirúrgico (CASTRO, 2012).

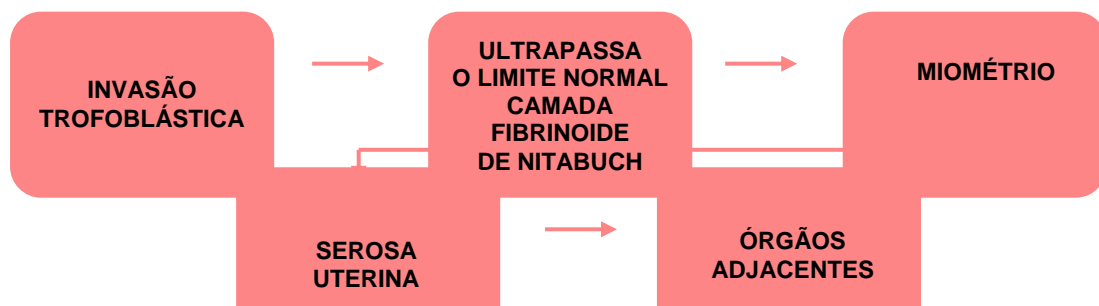


Figura 3: Processo de Invasão placentária. Fonte: Adaptado: (SOUZA, 2019).

A placenta anormalmente aderida é causa comum de hemorragia-pós-parto, a penetração do vilos coriais no miométrio eleva o risco de sangramento ao passo que também eleva a necessidade de transfusão sanguínea e em alguns casos a histerectomia se faz necessária, situações que refletem diretamente a elevação nos índices de morbimortalidade (MENDONÇA, 2018).

A histerectomia periparto é comumente observada em casos de acretismo placentário, sendo responsável por aproximadamente 38% desses procedimentos. Podemos observar alguns riscos que lhe estão associados, tais como as lesões de bexiga em 15% e a hemorragia pós-operatória em 8% dos casos. Cerca de 30% destas complicações ocorrem em até 24 horas do pós-operatório (FREITAS; AYRES-DE-CAMPOS, 2015).

O principal sintoma do acretismo é o sangramento, podendo ser recorrente, indolor e progressivo, com relação a intensidade e gravidade, a cada novo episódio. Em alguns casos, como na placenta tipo acreta, pode não haver sangramento, o que não minimiza sua gravidade. Placentas incretas e percretas podem evoluir para rompimento uterino a qualquer tempo da gestação, o sangramento derivado desta condição pode ser fatal (BRASIL, 2000).

Embora o sangramento seja um dos sinais característicos desta patologia, na maioria dos casos ocorre de forma assintomática, o que ressalta a importância de atentar-se para os fatores de risco associados (BARRETO; FARIA; SANTOS, 2018).

Existem alguns fatores predisponentes ao acretismo placentário, dentre eles podemos destacar a idade materna avançada, cuja qual, é causa de dano progressivo ao endométrio e desenvolvimento ineficaz da decídua. A multiparidade, tendo em vista o comprometimento do mecanismo de regeneração do endométrio que os sucessivos partos e dequitações podem ocasionar. E as cesáreas sucessivas, devido as cicatrizes uterinas no segmento inferior que podem dificultar o processo de decidualização do endométrio (SANTANA; FILHO; MATHIAS, 2010).

Infelizmente, o crescente número de partos cirúrgicos em nosso país torna a realidade do acretismo placentário cada vez mais frequente. Gestantes com este histórico possuem cerca de 25% mais riscos de desenvolverem esta patologia (BARRETO; FARIA; SANTOS, 2018).

A incidência de partos cirúrgicos no Brasil atingiu 45% no ano de 2007, chegando a 100% em algumas instituições de saúde. De acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, a probabilidade de desenvolver o acretismo placentário aumenta significativamente em mulheres que possuem histórico de cesariana anterior. Nestas circunstâncias o risco pode ser de até 45 vezes maior, dependendo do número de procedimentos realizados ao longo do tempo. (BRASIL, 2012).

Atualmente o Brasil possui o terceiro maior  ndice de cesarianas do mundo, atingindo 56% em 2015. Na cidade de São Paulo, em 2017, a taxa de cesáreas na rede privada foi de 81% e 34% no sistema público de saúde. A cesariana   maneira mais popular de dar   luz, porém ao recorrer a esta prática por mais de uma vez pode trazer riscos à gestante. De acordo com ginecologistas, fazê-la de forma recorrente aumenta a possibilidade de desenvolvimento do acretismo placentário (SOGESP, 2019).

Com intuito de reduzir o número de cesáreas e conseqüentemente diminuir os índices de mortalidade materna, o Ministério da Saúde criou a portaria n  163/98, a qual introduziu a remunera o da assistência de enfermagem prestada ao parto natural e a redu o de remunera o destinadas ao parto cirúrgico. Tal portaria visa o incentivo

ao parto natural humanizado e a redução do número de cesarianas, tendo em vista os riscos que este procedimento apresenta à gestante se realizado fora das condições adequadas (BARROS; SILVA, 2004).

Importante ressaltar que o acretismo placentário não interfere diretamente no desenvolvimento e/ou crescimento do feto, os riscos estão relacionados à gestante e, de forma majoritária, no momento do parto. Desta forma, é indispensável o acompanhamento através do pré-natal e realizar o diagnóstico de maneira precoce (MEDEIROS et al., 2017).

De acordo com os estudos de Clode (2019), dentre os casos de acretismo placentário registrados na literatura, em cerca de 50% das vezes o diagnóstico é obtido somente no pós parto, situação que vai de encontro com o padrão adequado de identificação pré-parto, o qual garante a gestante um acompanhamento eficaz e possível direcionamento para centros de especialidades.

O diagnóstico pode ser realizado através do exame de ultrassonografia (USG), baseando-se em quadro clínico clássico, como sangramento recorrente a partir da 20ª semana de gestação (TORLONI; MORON; CAMANO, 2001).

A detecção precoce do acretismo permitirá adequado planejamento da via de parto e as medidas de segurança que serão adotadas antes, durante e pós parto, reduzindo os riscos de mortalidade materna. De modo geral, a cesariana eletiva é indicada por volta das 35 semanas de gestação, associada à histerectomia total abdominal (SANTANA; FILHO; MATHIAS, 2010).

A investigação realizada durante o pré-natal em pacientes com potencial risco de desenvolvimento de acretismo placentário é de extrema importância, uma vez que pode auxiliar no diagnóstico precoce da doença (LINHARES et al., 2010).

Durante o pré-natal, as equipes de enfermagem devem executar diversas ações, preventivas, educativas e terapêuticas, como a coleta de dados, exame físico e obstétrico, solicitação de exames, entre outras. Estas condutas geram dados importantes, que podem ser utilizados como norte para o diagnóstico precoce de doenças e possíveis intervenções (FARIAS; NÓBREGA, 2000).

Além do mais, a equipe de enfermagem desempenha papel fundamental na medicina preventiva, auxiliando no rastreamento e diagnóstico precoce de doenças, além de ser responsável por elaborar instruções individuais baseadas em evidências e

agir como promotora de ações voltadas para o controle dos fatores de risco (PREVIVA, 2017).

Na assistência à mulher, sobretudo no processo de parturição, a enfermagem é considerada essencial na redução dos índices de mortalidade materna e perinatal. Devido a capacidade que os profissionais desta área possuem em reduzir ações intervencionistas do tipo cesarianas, que em muitas vezes se mostram desnecessárias (BARROS; SILVA, 2004).

O momento do parto é um evento muito esperado e pode marcar a vida de uma mulher. Todavia, a gestação pode vir acompanhada de muitos medos e dúvidas, como por exemplo, qual a melhor maneira do bebê vir ao mundo? Por diversas vezes a assistência prestada é inadequada retirando o protagonismo da gestante e sua autonomia em dar à luz, dando espaço ao medo e a angústia pelos riscos de dor e sofrimento, nessas situações a cesariana parece ser uma alternativa menos degradante. Para reverter esses episódios, se faz necessário a preservação da autonomia da mulher realizando o pré-natal de forma humanizada. O profissional enfermeiro é fundamental nesse processo, devendo oferecer à mulher a oportunidade de experimentar o trabalho de parto de maneira orgânica e espontânea (REIS; DUARTE; LIMA, 2019).

A cesariana é um importante fator de risco para a gestante e pode levar a complicações graves durante o parto. Reduzir esses índices é uma ação de extrema relevância na diminuição da morbimortalidade materna (BRASIL, 2012).

O profissional enfermeiro deve manter-se sempre atualizado e buscar constante qualificação para oferecer um atendimento de qualidade em diversas patologias obstétricas, como no acretismo placentário. O cuidado e a doação são alicerces da profissão que devem nortear a assistência de modo a obter os melhores resultados (GASPARETTO et al., 2015).

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do contexto supracitado, faz-se necessário reconhecer a gravidade deste problema que acomete mulheres, principalmente as que possuem histórico de partos cirúrgicos antecedentes. Uma vez que cabe aos serviços de saúde a



capacitação de profissionais ante ao enfrentamento de problemas relacionados à assistência e ao levantamento de dados, crucial na identificação de fatores de risco dessa patologia. Tais ações somente serão possíveis através do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, sobretudo as equipes de enfermagem, que estão à frente na prestação de serviços à gestante e ao pré-natal.

E reconhecendo o principal fator de risco para o acretismo placentário e conseqüentemente para o aumento nos índices de óbitos maternos, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde sejam adeptos e estimulem o parto natural e humanizado, visto que esta ação pode evitar complicações futuras e contribuir para a redução dos óbitos potencialmente evitáveis.

#### 4. REFERÊNCIAS

BARRETO, T. G. G; FARIA, I. A; SANTOS, I. A. B. PLACENTA PERCRETA - Relato de caso. **Rev. Arquivos Catarinenses de Medicina.** vol. 47, nº 4. pag. 175-180. 2018.

BARROS, L. M; SILVA, R. M. Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem.** vol. 13, nº 3. pag. 376-382. 2004.

BRASIL; **Urgências e Emergências Maternas:** gula para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. FEBRASGO. Ministério da Saúde. 2ª ed. 2000.

\_\_\_\_\_; **Gestação de alto risco – manual técnico 5ª edição.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília – DF. 2012.

BROLIO, M. P; AMBRÓSIO, C. E; FRANCIOLLI, A. R; MORINI, A. C; GUERRA, R. R; MIGLIO, M. A. A barreira placentária e sua função de transferência nutricional. **Rev. Bras. Reprod. Anim.** vol. 34, nº 4. pag. 222-232. 2010.

CASTRO, M. **Acretismo placentário, perfil clínico y clasificación en el hospital nacional de maternidad, revision de años.** Hospital Nacional Especializado de Maternidad. San Salvador. 2012.

CLODE, N. Acretismo placentário: uma realidade que não podemos ignorar. **Rev. Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa.** vol. 13, nº 3. pag. 146-147. 2019.

FARIAS, M. C. A. D; NÓBREGA, M. M. L; Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto riscos baseados na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso. **Rev. latino-am. enfermagem.** vol. 8, nº 6. pag. 59-67. 2000.

FREITAS, R; AYRES-DE-CAMPOS, D. Placenta percreta: que orientação clínica? Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. **Rev. Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa.** vol. 9, nº 3. pág. 250-255.

GASPARETTO, C. A; FERNANDES, I. A. Assistência de enfermagem à gestante com placenta prévia. **Rev. Gestão & Saúde.** vol. 12. pag. 27-33. 2015.

LEAL, V. P; SANTOS, G. H. N; FRANÇA, L. G. Acretismo placentário do tipo placenta percreta: um relato de caso. **Rev. Ceuma Perspectivas.** vol. 31. pag. 68-77. 2018.

LINHARES, L. Q; MACHADO, L. R. G; GUIMARÃES, L. C; AZEVEDO, L. M. M; COSTA, M. A. B; PEDROSO, M. A; TARTAGLIA, R; ROSSE, S. Placenta acreta. **Rev. De Medicina de Minas Gerais.** vol. 20, nº 2. pág. 57-59. 2010.

MEDEIROS, S. M. S; SANTOS, E. R. M; ASSIS, R. F; CASSIANO, S. N; LIMA, M. N. F. A.; **Acretismo placentário: educação e saúde.** Congrefip. 2017.

MENDONÇA, A. S. **Prevalência de histerectomia pós-parto em maternidade pública do estado de Sergipe.** Universidade Federal de Sergipe. Centro de ciências biológicas e da saúde. Departamento de medicina. Hospital Universitário. Aracajú-SE, 2018.

NUNES, C; PEREIRA, I; BARRATA, S; CLODE, N; GRAÇA, L. M. **Placenta acreta – como abordar?** Departamento de obstetrícia, ginecologia e medicina da reprodução. Hospital Santa Maria, CHLN – Lisboa – Portugal, 2013.

PREVIVA. **A importância do profissional de enfermagem na medicina preventiva.** Disponível em < <http://previva.com.br/enfermagem-na-medicina-preventiva/>> Acesso em: 13 jul. 2020.

REIS, M. A; DUARTE, A. L; LIMA, P. S. **O papel do enfermeiro no incentivo ao parto normal.** III Congresso Internacional de Pesquisa, Ensino e Extensão. Ciência para a redução das desigualdades. vol. 2. 2018.

SANTANA, D. S. N; FILHO, N. L. M; MATHIAS, L. **Conceito, diagnóstico e tratamento de placenta prévia acreta com invasão de bexiga-revisão sistemática da literatura.** Departamento de Ginecologia e obstetrícia da faculdade de medicina de Jundiaí – SP, 2010.

SOGESP: Associação de obstetrícia e ginecologia do estado de São Paulo. **Repetir cesáreas implica aumento de riscos.** Disponível em <<https://www.sogesp.com.br/canal-saude-mulher/blog-da-mulher/repetir-cesareas-implica-aumento-de-riscos/>> Acesso em 06 mai. 2020.

SOUZA, M. G. **Acretismo placentário**. Medprime. 1ª edição. 2019. Disponível em <<https://medpri.me/upload/texto/texto-aula-847.html>> Acesso em 07 mai. 2020.

TORLONI, M. R; MORON, A. F; CAMANO, L; Placenta prévia – Fatores de risco para o acretismo. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. vol. 23, nº 7. pag. 417-422. 2001.

ZAIDI, S. F; MOSHIRI, M; OSMAN, S; ROBINSON, T. J; SIEBERT, J. R; BHARGAVA, P; KATZ, D. S. Revisão de imagem abrangente de anormalidades da placenta. *Ultrasound Quarterly*. **Oficial Journal of the Society of Radiologists in Ultrasound**. vol. 36. 2ª ed. 2020.