



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Saúde

Coordenação de Ciclos de Vida

Nota Técnica nº 4/SES/SUBRAS-SAPS-DGIC-CCV/2026

PROCESSO Nº 1320.01.0032686/2026-64

NOTA TÉCNICA Nº 4/SES/SUBRAS-SAPS-DGIC-CCV/2026

ÁREA RESPONSÁVEL: Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais – CEPMMIF/MG, Coordenação de Ciclos de Vida – CCV, da Diretoria de Gestão da Integralidade do Cuidado – DGIC, Superintendência de Atenção Primária à Saúde – SAPS, Subsecretaria de Redes de Atenção à Saúde – SUBRAS

ASSUNTO

ALERTA SOBRE O ESPECTRO DE ACRETISMO PLACENTÁRIO COMO EVENTO SENTINELA PARA PREVENÇÃO DA MORTE MATERNA

OBJETIVO

Orientar os serviços da Rede SUS-MG quanto às estratégias para prevenção e identificação dos fatores de risco, reconhecimento precoce das gestantes de alto risco, encaminhamento e manejo clínico-cirúrgico do Espectro do Acretismo Placentário (EPA), garantindo a integralidade do cuidado no pré-natal, parto e puerpério, com foco na segurança materna e neonatal, bem como no fortalecimento da vigilância e da resposta a eventos sentinela obstétricos.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O EPA é uma condição obstétrica potencialmente fatal resultante de implantação patológica da placenta no miométrio e caracterizada por aderência anormal e retenção persistente de vilosidades coriônicas em profundidades variáveis do tecido miometrial. A fisiopatologia é fundamentada no defeito estrutural e funcional da interface endometrial-miometrial, frequentemente associada a cicatrizes uterinas prévias, particularmente em nichos de cicatriz de cesárea.

A literatura recente (FEBRASGO, 2025; FEBRASGO, 2023; FIGO, 2019; ACOG, 2018) reconhece o EPA como uma das principais causas evitáveis de hemorragia obstétrica maciça, histerectomia de emergência e morte materna.

De acordo com um estudo latino-americano realizado por Nieto-Calvache et al. (2021), a maioria dos óbitos maternos relacionados ao EPA é considerada potencialmente evitável, sendo que 76,9% poderiam ser prevenidos por intervenções de baixa a moderada complexidade, tais como: diagnóstico precoce, planejamento adequado e assistência oportuna em centro especializado.

O EPA configura-se como um desafio crescente na obstetrícia contemporânea, considerando que a sua elevada incidência está relacionada diretamente ao aumento das taxas de cesariana e intervenções uterinas prévias (BONANNI et al., 2025). Estudos demonstram que a ocorrência de EPA nesse cenário é aproximadamente 300 vezes maior, quando comparada a gestantes sem cesariana prévia e sem placenta prévia (577 casos a cada 10.000 nascimentos) (FITZPATRICK et al., 2012).

Adicionalmente, consoante dados epidemiológicos, a incidência de EPA aumenta progressivamente de acordo com o número de cesarianas prévias, sendo: 0,03% sem cesárea anterior, 0,3% com uma cesárea; 0,8% com duas cesarianas; 1,7% com três cesarianas; e 2,8% com quatro ou mais cesarianas. Na presença de placenta prévia com antecedente de cesárea anterior, as taxas de EPA variam de 2,22% (uma cesárea anterior) a 64,9% (quatro cesarianas anteriores) (WHITE et al., 2025).

Segundo o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais

(CEPMMIF-MG), a razão de mortalidade materna (RMM) em Minas Gerais foi de 38,05 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2023, com destaque para as hemorragias obstétricas como uma das principais causas evitáveis de morte materna. Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), consultados em 10 de novembro de 2025, registraram nove óbitos maternos ocorridos entre 2022 e 2024, associados aos códigos CID-10: O43 (transtornos da placenta) e O44 (placenta prévia). Esses números reforçam a importância da prevenção, identificação precoce e assistência adequada a gestante com EPA, considerando esta patologia como evento sentinela relevante para a vigilância obstétrica no estado.

O reconhecimento precoce no pré-natal, o manejo multiprofissional planejado e o parto em centros de referência com expertise são estratégias fundamentais para reduzir a morbimortalidade por EPA (BONANNI et al., 2025).

Por conseguinte aos argumentos apresentados, esta Nota Técnica visa orientar os fluxos assistenciais e fortalecer a resposta oportuna na Rede SUS-MG, em consonância com a Linha de Cuidado Materno-Infantil (MINAS GERAIS, 2024) e o Guia de Atenção à Saúde: Critérios para Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante (MINAS GERAIS, 2024).

DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

O EPA representa um conjunto de anormalidades na implantação placentária caracterizado por aderência anormal e retenção persistente de vilosidades coriônicas em profundidades variáveis do tecido miometrial. Essa alteração estrutural da interface endometrial-miometrial compromete o processo habitual de dequitação e pode ocasionar aumento significativo da morbimortalidade materna, cursando frequentemente com hemorragia grave no parto e puerpério imediato, com necessidade frequente de histerectomia.

A classificação topográfica intraoperatória de Palacios-Jaraquemada e Nieto-Calvache (FEBRASGO, 2023; 2025) representa uma abordagem contemporânea e clinicamente útil para o manejo do EPA, baseada na localização da lesão e na sua relação com estruturas adjacentes. São identificados seis tipos principais:

- Tipo 0: deiscência de cicatriz;
- Tipo 1: aderência ântero-superior com bexiga móvel;
- Tipo 2: aderência lateral com risco de comprometimento de ureteres e vasos ilíacos;
- Tipo 3: aderência ântero-inferior com potencial envolvimento da bexiga;
- Tipo 4: aderência ântero-inferior com fibroses vesicouterinas densas;
- Tipo 5: aderência posterior com risco retroperitoneal.

Essa classificação orienta a sequência de manobras cirúrgicas de forma individualizada, identifica estruturas de risco intraoperatório, permite seleção da técnica cirúrgica mais apropriada e facilita a comunicação entre equipes multidisciplinares, reduzindo significativamente complicações relacionadas a erros técnicos.

Principais fatores de risco descritos na literatura são (FIGO, 2019; MS, 2022):

A - Fatores relacionados a cicatriz uterina (mais relevantes):

- Cesariana(s) anterior(es): risco aumentado de forma progressiva e cumulativa com o número de cirurgias prévias, embora destaca-se que uma única cesariana anterior é suficiente para determinar risco significativo de EPA;
- Placenta prévia na gravidez: especialmente quando associada a cicatriz de cesárea anterior;
- Placenta de inserção baixa ou em parede uterina anterior segmentar: tais localizações quando associado a cicatriz de cesárea prévia também aumentam o risco significativamente.
- Gravidez em nicho ou cicatriz de cesárea anterior: este é o mecanismo fisiopatológico central para a maioria dos casos de EPA;
- Antecedentes de outras cirurgias uterinas: curetagens uterinas, miomectomias, histeroscopia, ablação térmica do endométrio ou outras cirurgias intrauterinas.

B - Fatores maternos e reprodutivos (menos relevantes):

- Idade materna ≥ 35 anos;
- Multiparidade;
- Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m²;
- Antecedente de hemorragia pós-parto prévia;
- Fatores relacionados à reprodução assistida.

***Recomendação técnica:** os fatores de risco de acretismo devem ser investigados e registrados de forma sistemática no prontuário e considerados na estratificação de risco do pré-natal, conforme protocolos da SES-MG e do Ministério da Saúde (MS, 2022; MINAS GERAIS, 2024).*

CRITÉRIOS DE SUSPEIÇÃO E DIAGNÓSTICO

O rastreamento e o diagnóstico precoce do EPA são essenciais para reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, possibilitando o planejamento do parto e o manejo cirúrgico adequado em centros especializados.

A ultrassonografia obstétrica é o método de primeira linha para rastreamento da EPA. Sinais ultrassonográficos sugestivos de EPA podem estar presentes desde muito precocemente na gestação.

Desta forma, sempre que identificados fatores de risco para EPA na primeira consulta pré-natal, tais como a presença de cesárea(s) prévia(s), cabe ao profissional de saúde anotar no pedido da ultrassonografia que a gestante é de alto risco para EPA e que a localização placentária deve ser investigada e sinalizada no laudo do exame.

Considera-se um caso de rastreamento positivo a presença de um fator de risco cirúrgico para EPA associado à presença de implantação placentária sobre a região de alto risco (como por exemplo: a presença de placenta prévia, ou de inserção baixa, ou em parede anterior, em mulheres com histórico de cesariana). Em 97% dos casos, a EPA ocorre em gestantes com cesariana(s) anterior(es) associada a implantações placentárias prévias, baixas, ou anteriores na região ístmica. A identificação destes fatores deve permitir encaminhamento à Atenção Ambulatorial Especializada (PNAR regional) onde o diagnóstico de EPA será confirmado ou descartado, orientando o melhor local de seguimento pré-natal. Esta estratégia tem o potencial de eliminar diagnóstico de EPA inesperados no momento do parto (MARÇAL et al, 2025).

Segundo a FIGO (2019), FEBRASGO (2023 e 2025) e ISUOG (2019; ISUOG 2023), a avaliação detalhada em serviço especializado deve incluir a análise da interface uteroplacentária, da vascularização e da localização da placenta em relação à cicatriz uterina prévia.

Quadro 1 – Achados ultrassonográficos característicos do Espectro do Acretismo Placentário (EPA)

Categoria	Descrição dos sinais
Lacunas placentárias	Múltiplas lacunas vasculares irregulares na placenta (aspecto em queijo suíço)
Perda da zona hipocóica retroplacentária	Ausência da interface entre miométrio e placenta
Aumento da vascularização	Hipervascularização na interface útero-placentária (Doppler)
Tecido placentário além da serosa	Extensão da placenta além da parede uterina

A ressonância magnética pode ser indicada em casos complexos, em especial quando a placenta é posterior ou há suspeita de comprometimento vesical, servindo como exame complementar a ser avaliado pelo serviço especializado para definir a extensão da doença (ACOG, 2018; BONANNI et al., 2025).

Alerta aos profissionais de ultrassonografia:

A detecção precoce de sinais sugestivos de EPA é determinante para o manejo adequado e a prevenção de complicações graves.

Recomenda-se que todo exame obstétrico em gestantes com fatores de risco — como cesarianas ou cirurgias uterinas anteriores — inclua avaliação sistemática da localização placentária, sendo necessário o encaminhamento para serviços diagnósticos especializados caso haja implantação placentária sob área de cirurgia uterina prévia.

A avaliação da interface uteroplacentária e registro detalhado dos achados no laudo, com uso de terminologia padronizada, será realizada por serviço de referência especializado, responsável por confirmar ou descartar o diagnóstico de EPA.

Na presença de achados sugestivos, o laudo deve indicar explicitamente a suspeita de EPA e orientar o encaminhamento da gestante à Atenção Ambulatorial Especializada (PNAR regional).

Conforme a ISUOG (2019) e a FEBRASGO (2023 e 2025), a comunicação ativa entre o ultrassonografista, o obstetra assistente e a equipe de referência são essenciais para garantir segurança materna e neonatal e favorecer o planejamento multiprofissional do parto.

Recomendação técnica: *A avaliação sistemática da localização placentária deve ser realizada em todas as gestantes, com investigação direcionada para EPA, na presença de fatores de risco, tais como cesariana(s) ou cirurgias uterinas prévias. Gestantes com rastreamento positivo para EPA devem ser encaminhadas precocemente para avaliação na Atenção Ambulatorial Especializada (PNAR regional), preferencialmente com equipe capacitada em imagem obstétrica.*

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO NA REDE SUS-MG

(Baseado na Linha de Cuidado Materno-Infantil da SES-MG, 2024)

A organização da atenção à gestante com suspeita ou diagnóstico de EPA deve seguir o princípio da regionalização, com definição de fluxos claros entre os níveis assistenciais e articulação entre as equipes da Atenção Primária, Ambulatorial Especializada e Hospitalar.

A - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

- Realizar a estratificação de risco no pré-natal, conforme protocolo estadual (MINAS GERAIS, 2024);
- Ao solicitar ultrassonografia obstétrica para gestantes com fatores de risco identificados (especialmente cesariana), indicar claramente no pedido a necessidade de se avaliar a implantação placentária;
- Encaminhar à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) gestantes com suspeita clínica e implantação placentária baixa ou prévia e anterior, ou aquelas com achados ultrassonográficos sugestivos de EPA;

- Garantir o registro detalhado do histórico obstétrico, especialmente quanto à presença de cesarianas anteriores ou cirurgias uterinas prévias.
- Orientar a gestante e sua família sobre os sinais de alerta (sangramento vaginal, dor abdominal intensa, contrações antes do termo, redução de movimentos fetais) e sobre a importância de procurar imediatamente assistência em caso de urgência;
- Assegurar que a gestante conheça a maternidade de referência designada para o parto

Alerta aos profissionais da APS:

Enfermeiros, médicos da equipe de Saúde da Família e demais profissionais que realizam o pré-natal devem investigar sistematicamente antecedentes de cesariana, curetagens e outras cirurgias uterinas, registrando essas informações no prontuário e na solicitação de ultrassonografia obstétrica, com destaque para a necessidade de avaliação da localização placentária.

Os principais fatores de risco incluem histórico de cesariana(s) associado à placenta prévia, de inserção baixa ou implantada em parede uterina anterior segmentar.

Na presença de implantação placentária sobre área de cicatriz uterina prévia, a gestante deve ser encaminhada precocemente à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), a fim de possibilitar confirmação diagnóstica, planejamento do parto e redução de complicações maternas graves.

É essencial educar a gestante e seus familiares sobre sinais de alerta e a importância do reconhecimento precoce de sintomas, bem como garantir que a gestante saiba qual é sua maternidade de referência, fortalecendo o vínculo e a continuidade do cuidado.

B - ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)

- Avaliar a gestante no Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) regional;
- Realizar confirmação ou exclusão diagnóstica e elaborar o Plano de Parto Individualizado (PPI);
- Manter o compartilhamento do cuidado com a APS, assegurando retorno das informações e responsabilização no seguimento da gestante;
- Manter comunicação formal com a Atenção Hospitalar (AH) de referência;
- Articular com hospital de referência que disponha de UTI materna e neonatal, capacidade cirúrgica avançada, serviço de hemoterapia e equipe multidisciplinar;
- Orientar a gestante e a família sobre sinais de alerta, risco de sangramento, importância do comparecimento às consultas e identificação da maternidade de referência para o parto.

Alerta aos profissionais da AAE:

As equipes devem revisar criteriosamente os exames de imagem e fatores de risco, confirmando o diagnóstico e planejando o parto de forma antecipada, preferencialmente em hospital de referência com suporte completo.

O PPI deve conter informações sobre o tipo de placenta, achados de imagem, disponibilidade de sangue e necessidade de equipe cirúrgica experiente.

O encaminhamento deve ocorrer antes do início do trabalho de parto ou de intercorrências hemorrágicas, evitando situações de urgência que aumentam o risco de morbimortalidade.

A AAE deve compartilhar informações com a APS e orientar a gestante e sua família sobre os sinais de alerta e a importância de reconhecer precocemente qualquer intercorrência, reforçando o protagonismo da mulher e o cuidado seguro.

C - ATENÇÃO HOSPITALAR (AH)

- Garantir que o atendimento ocorra em hospital com estrutura cirúrgica adequada, UTI materna e neonatal, suporte hemoterápico e equipe multiprofissional capacitada;
- Realizar planejamento cirúrgico multidisciplinar, com reserva de hemoderivados e recursos de controle hemostático;
- Assegurar articulação prévia com a AAE e revisão do PPI;
- Utilizar teleconsultoria e matriciamento clínico via Núcleo de Telessaúde SES-MG, quando necessário.

Alerta às equipes hospitalares:

O parto de gestantes com EPA deve ser planejado e conduzido por equipe cirúrgica experiente, com obstetra, anestesista, cirurgião de apoio, intensivista e hemoterapia presentes ou disponíveis.

Deve-se confirmar previamente a reserva de sangue e hemoderivados, assegurar a disponibilidade de UTI materna e neonatal, e revisar os achados de imagem e sinais clínicos.

A tentativa de resolução do caso em caráter de urgência ou sem preparo adequado está associada a maior risco de hemorragia grave e óbito materno, devendo ser evitada, sempre que possível.

Para garantir a efetividade dos fluxos de encaminhamento e a segurança da gestante com suspeita ou diagnóstico de EPA, a SES-MG recomenda a realização de capacitações periódicas voltadas aos profissionais da APS e da AAE.

Essas capacitações devem abordar:

- Identificação dos fatores de risco para EPA;
- Solicitação da avaliação ultrassonográfica do sítio de implantação placentária e treinamento para a interpretação de um caso de rastreamento positivo;

- Interpretação dos sinais ultrassonográficos característicos;
- Atualização dos protocolos de encaminhamento e manejo clínico;
- Comunicação entre os níveis assistenciais e registro adequado dos achados.
- A qualificação contínua das equipes é essencial para fortalecer a vigilância obstétrica, promover o diagnóstico precoce e garantir o planejamento seguro do parto em centros de referência.

MANEJO MULTIDISCIPLINAR

O manejo do EPA deve ser planejado e executado por equipe multiprofissional experiente, em ambiente hospitalar com capacidade cirúrgica avançada, suporte hemoterápico e leitos de terapia intensiva materna e neonatal. A abordagem antecipada e coordenada é determinante para a redução da morbimortalidade.

Recomenda-se que, uma vez confirmado o diagnóstico de EPA, a gestante esteja previamente vinculada e com plano assistencial definido junto ao hospital com capacidade assistencial compatível até, no máximo, 32 semanas de gestação, permitindo o planejamento antecipado do parto e a organização da equipe multiprofissional.

O seguimento ambulatorial de origem poderá ser mantido, com garantia de comunicação formal com o serviço hospitalar responsável pelo parto.

Condutas propostas:

- Identificar e tratar oportunamente a anemia durante o pré-natal;
- Planejar parto eletivo entre 34+0 e 35+6 semanas, na ausência de sangramento ou instabilidade materna;
- Administrar corticoterapia antenatal para maturação pulmonar fetal, conforme protocolo vigente;
- Planejar a incisão cutânea de modo a garantir campo cirúrgico adequado;
- Planejar a histerotomia distante da placenta e não realizar cesariana transplacentária (alto risco hemorrágico);
- Não realizar remoção manual da placenta, parcial ou total, mantendo-a in situ para prevenir hemorragia maciça;
- Realizar histerectomia com placenta in situ, associada à cesariana planejada como padrão-ouro de tratamento;
- Garantir a presença de equipe multidisciplinar completa, incluindo obstetra, anestesista, cirurgião de apoio, intensivista e neonatologista e disponibilidade de hemoterapia;
- Avaliar previamente a via de parto e a abordagem cirúrgica, considerando a localização da placenta, a extensão da invasão, as condições maternas e a disponibilidade de equipe e medidas adjuvantes.

Preparação pré-operatória:

- Garantir dois acessos venosos calibrosos, preferencialmente com monitorização invasiva;
- Reservar previamente hemocomponentes e disponibilizá-los em sala cirúrgica antes do início do procedimento;
- Reservar leitos de UTI materna e neonatal;
- Realizar avaliação anestésica e cirúrgica conjunta, com definição do plano intraoperatório e de contingência;
- Disponibilizar equipamentos e insumos para controle hemostático, incluindo balão de Bakri, suturas hemostáticas, ácido tranexâmico e pinças vasculares apropriadas;
- Assegurar apoio do serviço de hemoterapia e do banco de sangue no momento da cirurgia.

Bonanni et al. (2025) e FIGO (2019) destacam que o sucesso do manejo depende da antecipação cirúrgica, da coordenação entre obstetria, anestesia e hemoterapia e da execução em centros preparados para

urgências hemorrágicas obstétricas.

Alerta às equipes cirúrgicas e anestésicas:

O parto de gestantes com EPA deve ocorrer em ambiente controlado e previamente preparado, evitando-se procedimentos de urgência.

A equipe cirúrgica deve revisar previamente os achados de imagem e o plano operatório, definindo claramente papéis e etapas do procedimento.

É imprescindível confirmar a disponibilidade de sangue e hemocomponentes antes da indução anestésica.

Durante o intraoperatório, devem ser adotadas estratégias para manejo da hemorragia.

A comunicação contínua entre obstetrícia, anestesia, hemoterapia e UTI é essencial para o sucesso cirúrgico e a segurança materna.

Recomendação técnica: O manejo do EPA deve seguir protocolos de segurança obstétrica e ser discutido em reuniões multiprofissionais prévias, com registro do plano terapêutico no prontuário e no PPI.

REGISTRO E MONITORAMENTO

Recomenda-se que os serviços de saúde registrem internamente os casos suspeitos ou confirmados de EPA e analisem esses episódios como eventos sentinela potenciais, com o objetivo de qualificar a atenção e prevenir novos desfechos adversos.

A discussão de casos de EPA pode ser incorporada às rotinas dos Comitês de Mortalidade Materna e Comissões Hospitalares de Óbito, fortalecendo a vigilância obstétrica e contribuindo para a consolidação da linha de cuidado materno-infantil na Rede SUS-MG.

Recomenda-se que as Regionais de Saúde discutam periodicamente os casos confirmados de EPA em seus territórios, como estratégia de qualificação da rede assistencial e de organização progressiva do cuidado.

A SES-MG estimula o registro sistemático, a análise crítica e o compartilhamento de experiências e aprendizados entre os níveis assistenciais e as Regionais de Saúde, como estratégia de melhoria contínua da qualidade da atenção à gestante e à puérpera.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente Nota Técnica tem caráter orientador e indutor de boas práticas assistenciais, fundamentada em evidências científicas atuais e alinhada à Linha de Cuidado Materno-Infantil da SES-MG.

Sua implementação dependerá da organização regional progressiva da rede assistencial, respeitando as especificidades territoriais e a capacidade instalada de cada macrorregião de saúde.

A SES-MG reafirma o compromisso com a redução da mortalidade materna e com o fortalecimento da vigilância obstétrica, estimulando a qualificação contínua das equipes e a articulação entre os níveis assistenciais.

ANEXO 1 - MAPA ASSISTENCIAL DO ESPECTRO DO ACRETISMO PLACENTÁRIO (EPA) NA REDE SUS-MG

Quadro 2 - Mapa Assistencial do Espectro do Acretismo Placentário (EPA) na Rede SUS-MG

ETAPA	APS	AAE (PNAR)	HOSPITAL
Identificação de risco	Investigar cesárea prévia	Confirmar fatores	Revisar imagem

Rastreamento	Solicitar USG com alerta	Confirmar diagnóstico	Planejar parto
Planejamento	Orientar sinais de alerta	Elaborar PPI	Reservar hemoderivados
Parto	Encaminhar	Comunicar hospital	Executar cirurgia planejada
Monitoramento	Registrar	Compartilhar informações	Registrar como evento sentinela

Fonte: Adaptado de FEBRASGO (2023), ISUOG (2023) e FIGO (2019).

ANEXO 2 - ALGORITMO DECISÓRIO SIMPLIFICADO PARA IDENTIFICAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DE GESTANTES COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE EPA NA REDE SUS-MG

Etapa 1 – Identificação de risco (APS/AAE)

Gestante com antecedente de cesariana ou cirurgia uterina prévia → Avaliar localização placentária por ultrassonografia obstétrica, com atenção à implantação sobre cicatriz uterina.



Etapa 2 – Rastreamento positivo

Presença de placenta prévia, inserção baixa ou implantação placentária sobre área de cicatriz uterina → Encaminhar precocemente à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) - PNAR regional para avaliação diagnóstica.



Etapa 3 – Confirmação diagnóstica (AAE)

Diagnóstico confirmado de EPA → Vincular a gestante à maternidade com capacidade assistencial compatível até, no máximo, 32 semanas de gestação, com elaboração de Plano de Parto Individualizado (PPI).



Etapa 4 – Planejamento do parto (Atenção Hospitalar)

Programar parto eletivo entre 34+0 e 35+6 semanas, na ausência de sangramento ou instabilidade materna, conforme protocolos vigentes.



Etapa 5 – Situação de urgência (Rede)

Ocorrência de sangramento vaginal, instabilidade materna ou início de trabalho de parto antes da data programada → Encaminhamento imediato para hospital com suporte cirúrgico, hemoterápico e terapia intensiva materna e neonatal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Placenta Accreta Spectrum. *Obstetric Care Consensus*, n. 7, 2018. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/obstetric-care-consensus/articles/...> Acesso em: 3 nov. 2025.

BONANNI, M. et al. Placenta Accreta Spectrum: Updated Evidence and Management Strategies. *Obstetric Imaging*, 2025. Disponível em: https://watermark02.silverchair.com/bonanni_2025_oj_250646_1752169244.18561.pdf. Acesso em: 3 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Atenção à Gestante na Operação Cesariana. Brasília: CONITEC, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt->

br/midias/protocolos/diretrizes/20221101_atencaoagestanteaoperacaoes.... Acesso em: 3 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. 5. ed. Brasília: MS, 2022. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 3 nov. 2025.

COUTINHO, C. M.; REZENDE, G. C.; WERNER, H.; SILVA, L. B.; OSANAN, G. C. Placenta Prévia e Desordens do Espectro do Acretismo Placentário. In: SILVA FILHO, A. L.; FERNANDES, C. E.; WENDER, M. C. O. (Org.). *Tratado de Obstetrícia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2025. v. 1, p. 208–237.

FEBRASGO. Position Statement – Management of Placenta Accreta Spectrum. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO)*, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/dKZ4zpbqvtyKPRmMwS7Crkj/?format=pdf>. Acesso em: 3 nov. 2025.

FIGO. FIGO Consensus Guidelines on Placenta Accreta Spectrum Disorders. London: International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2019. Disponível em: <https://www.figo.org/news/figo-consensus-guidelines-placenta-accreta-spectrum-disorders>. Acesso em: 3 nov. 2025.

ISUOG. Placenta Accreta Spectrum Disorder (PAS) – Patient Information Series. London: International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 2019. Disponível em: <https://www.isuog.org/clinical-resources/patient-information-series/patient-information-pregnancy-c....> Acesso em: 3 nov. 2025.

ISUOG. VISUOG Chapter: Placenta Accreta Spectrum Disorders. London: International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 2023. Disponível em: <https://www.isuog.org/resource/visuog-open-chapter-april.html>. Acesso em: 3 nov. 2025.

MARÇAL, L. C. A.; GEORG, A. V.; OKIDO, M. M.; MELLI, P. P. S.; QUINTANA, S. M.; CAVALLI, R. C.; COUTINHO, C. M. Targeted screening program for placenta accreta spectrum disorders in a Brazilian tertiary center: from unexpected cases to antenatal diagnosis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, v. 66, n. 4, p. 527–528, 2025. <https://doi.org/10.1002/uog.7001>

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG). Guia de Atenção   Saúde da Gestante: Critérios para Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante. Belo Horizonte: SES-MG, 2024. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/12-11-Estratificacao-de-Risco-final-1.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2025.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG). Linha de Cuidado Materno-Infantil. Belo Horizonte: SES-MG, 2025. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/12-11-linha-de-cuidado-materno-infantil-Fina....> Acesso em: 3 nov. 2025.

NIETO-CALVACHE, A. J. et al. All maternal deaths related to placenta accreta spectrum are preventable: a difficult-to-tell reality. *AJOG Global Reports*, v. 1, n. 3, 100012, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2021.100012>

WHITE, A. et al. Contemporary Placenta Accreta Spectrum Disorder Incidence and Risk Factors. *Obstetrics and Gynecology*, v. 145, n. 6, p. 665–673, 2025. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005919>

EQUIPE EDITORIAL

Inessa Beraldo de Andrade Bonomi (Consultora Técnica em Saúde da Mulher da SES-MG e Presidente do CEPMMIF-MG);

Mirlene de Oliveira Brito (Referência Técnica da SES-MG e Vice-Presidente do CEPMMIF-MG);

Linda Louise Castelo Branco Lima (Referência Técnica da SES-MG);

L rica Salluz Mattos Pereira (Diretora da DGIC);

Natália Oliveira Dias (Coordenadora da CCV).

COLABORAÇÃO

- Associação dos Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (SOGIMIG).

- Rede Brasileira de Acretismo Placentário (REBRAC).

Representados por:

Ana Christina de Lacerda Lobato (Diretora da SOGIMIG);

Angélica Lemos Debs Diniz (Presidente do Comitê de Gestão de Alto Risco e Medicina Fetal da SOGIMIG);

Álvaro Luiz Lage Alves (Membro fundador da REBRAC e Presidente da Comissão Nacional de Urgências Obstétricas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria – FEBRASGO);

Conrado Milani Coutinho (Vice-Presidente da REBRAC);

Gabriel Costa Osanan (Diretor da SOGIMIG e Diretor Científico da REBRAC);

Janete Vetorazzi (Presidente da REBRAC).



Documento assinado eletronicamente por **Inessa Beraldo de Andrade Bonomi, Servidor (a) Público (a)**, em 18/03/2026, às 11:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lirica Salluz Mattos Pereira, Diretor (a)**, em 20/03/2026, às 10:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Camila Helen de Almeida Silva Oliveira, Superintendente**, em 20/03/2026, às 16:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Natalia Oliveira Dias, Coordenador(a)**, em 23/03/2026, às 16:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Camila Moreira de Castro, Subsecretário(a)**, em 23/03/2026, às 18:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **135377624** e o código CRC **F1B8F2C3**.