

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA: DESFECHO MATERNO-FETAL EM UM HOSPITAL DO OESTE DO PARANÁ

PLACENTAL ABRUPTION: MATERNAL-FETAL OUTCOMES AT A HOSPITAL IN WESTERN PARANÁ

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA: RESULTADOS MATERNO-FETALES EN UN HOSPITAL DEL OESTE DE PARANÁ

Izabella Fernanda Colombi¹
Gabrielly Marques²
Mariana da Silva Possobon³
Rafaela Augusta Cerqueira Leite⁴
Rhanna Carolina de Oliveira⁵
Eduardo Miguel Prata Madureira⁶
Adriano Luiz Possobon⁷

RESUMO: Esse artigo buscou analisar o perfil clínico, obstétrico e os desfechos maternos e neonatais de pacientes com diagnóstico de descolamento prematuro de placenta (DPP) submetidas à cesariana em um hospital terciário. Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, realizado por meio da análise de prontuários de pacientes diagnosticadas com DPP entre os anos de 2022 e 2025. Foram avaliadas características sociodemográficas, antecedentes obstétricos, manifestações clínicas, exames laboratoriais, achados ultrassonográficos e desfechos maternos e neonatais. Foram incluídas 20 pacientes, com idade média de 28,45 anos, predominando mulheres multigestas (60%) e brancas (80%). As principais comorbidades observadas foram síndromes hipertensivas da gestação, trombofilia associada à síndrome antifosfolípide e diabetes mellitus gestacional. As manifestações clínicas mais frequentes foram sangramento vaginal (85%) e dor abdominal (80%), enquanto a tríade clássica do DPP foi identificada em apenas 10% dos casos. Entre os desfechos neonatais, destacaram-se prematuridade em 65% dos recém-nascidos e necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em 55% dos casos. Conclui-se que o DPP permanece associado a elevada morbidade materna e neonatal, ressaltando a importância do diagnóstico precoce e da intervenção obstétrica imediata para minimizar complicações materno-fetais.

Palavras-chave: Descolamento Prematuro de Placenta. Cesárea. Resultado da Gravidez.

¹Graduanda em Medicina no Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG).

²Graduanda em Medicina no Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG).

³Graduanda em Medicina no Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG).

⁴Graduanda em Medicina no Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG).

⁵Graduanda em Medicina no Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG).

⁶Doutorando em Desenvolvimento Rural Sustentável. Discente do Centro Universitário Assis Gurgacz (FAG).

⁷Médico Ginecologista e Obstetra. Mestre em Ensino de Ciências da Saúde. Discente do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG).

ABSTRACT: This article aimed to analyze the clinical and obstetric profiles, as well as maternal and neonatal outcomes, of patients diagnosed with placental abruption who underwent cesarean section at a tertiary hospital. This was a retrospective observational study based on the analysis of medical records of patients diagnosed with placental abruption between 2022 and 2025. Sociodemographic characteristics, obstetric history, clinical manifestations, laboratory tests, ultrasound findings, and maternal and neonatal outcomes were evaluated. Twenty patients were included, with a mean age of 28.45 years; the majority were multigravid (60%) and white (80%). The main comorbidities observed were hypertensive disorders of pregnancy, thrombophilia associated with antiphospholipid syndrome, and gestational diabetes mellitus. The most frequent clinical manifestations were vaginal bleeding (85%) and abdominal pain (80%), while the classic triad of placental abruption was identified in only 10% of cases. Regarding neonatal outcomes, prematurity was observed in 65% of newborns, and 55% required admission to the Neonatal Intensive Care Unit. It is concluded that placental abruption remains associated with high maternal and neonatal morbidity, highlighting the importance of early diagnosis and immediate obstetric intervention to minimize maternal-fetal complications.

Keywords: Placental Abruption. Cesarean Section. Pregnancy Outcome.

RESUMEN: Este artículo tuvo como objetivo analizar el perfil clínico y obstétrico, así como los resultados maternos y neonatales, de pacientes diagnosticadas con desprendimiento de placenta (DPP) que se sometieron a cesárea en un hospital terciario. Este es un estudio observacional retrospectivo, realizado a través del análisis de historias clínicas de pacientes diagnosticadas con DPP entre 2022 y 2025. Se evaluaron las características sociodemográficas, antecedentes obstétricos, manifestaciones clínicas, pruebas de laboratorio, hallazgos ecográficos y resultados maternos y neonatales. Se incluyeron veinte pacientes, con una edad media de 28,45 años, predominantemente mujeres multigrávidas (60%) y mujeres blancas (80%). Las principales comorbilidades observadas fueron síndromes hipertensivos del embarazo, trombofilia asociada con síndrome antifosfolípido y diabetes mellitus gestacional. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron sangrado vaginal (85%) y dolor abdominal (80%), mientras que la tríada clásica del desprendimiento de placenta se identificó solo en el 10% de los casos. Entre los resultados neonatales, destacó la prematuridad en el 65% de los recién nacidos y la necesidad de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el 55% de los casos. Se concluye que el desprendimiento de placenta sigue asociado a una alta morbilidad materna y neonatal, lo que subraya la importancia del diagnóstico precoz y la intervención obstétrica inmediata para minimizar las complicaciones materno-fetales.

Palabras clave: Desprendimiento de placenta. Cesárea. Resultado del embarazo.

INTRODUÇÃO

Descolamento prematuro de placenta (DPP) é definido como a separação completa ou parcial da placenta, normalmente inserida da parede, uterina antes do nascimento do feto, após 20 semanas de gestação (Yonke; Gurule; Rosenfeld-O'tool, 2025). Trata-se de uma emergência obstétrica associada a elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Sua incidência varia entre 0,4-1,2% das gestações, sendo considerada uma importante causa de desfechos maternos e fetais adversos (Wright *et al.*, 2026).

Embora a etiologia da DPP não esteja completamente elucidada, acredita-se que ocorrência esteja associada a alterações na placentação, insuficiência placentária, hipóxia intrauterina, hipoperfusão uteroplacentária e processos inflamatórios que acometem o leito vascular uteroplacentário (Jenabi *et al.*, 2022). Nesse contexto, diversos fatores de risco maternos têm sido associados ao desenvolvimento da condição, destacando-se história prévia de DPP, idade materna avançada, tabagismo, uso de cocaína e maconha durante a gestação, além de baixo índice de massa corporal pré-gestacional, multiparidade, estado civil solteira e assistência pré-natal inadequada (Anderson *et al.*, 2020).

Em relação às complicações gestacionais associadas ao DPP, destacam-se placenta prévia, pré-eclâmpsia, hipertensão crônica, hipertensão gestacional, ruptura prematura de membranas, corioamnionite e restrição de crescimento fetal grave. Essas condições estão relacionadas ao aumento do risco de ocorrência do evento obstétrico, sobretudo por comprometerem a perfusão uteroplacentária e favorecerem alterações inflamatórias e vasculares na interface materno-fetal (Jenabi *et al.*, 2022).

Entre as principais complicações neonatais associadas ao DPP, observa-se que esta entidade clínica é responsável por aproximadamente 10% dos partos prematuros, aumento da mortalidade perinatal, maior risco de natimortalidade, especialmente, nos casos em que mais de 50% da placenta encontra-se descolada (Downes; Shenassa; Grantz, 2017). Além disso, estão frequentemente relacionados ao DPP baixos escores de Apgar, necessidade de ressuscitação neonatal, síndrome do desconforto respiratório, admissão em unidade de terapia intensiva neonatal e internação hospitalar prolongada (Riihimäki, *et al.*, 2018).

A apresentação clínica clássica é caracterizada pela tríade de sangramento vaginal, dor abdominal pélvica ou lombar e hipertonía uterina, embora ocorra apenas em 10% dos casos. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na história clínica e no exame físico materno-fetal, com um quadro clínico que pode variar desde formas assintomáticas, quando é diagnosticado pela inspeção da placenta após parto, até apresentações graves: deslocamento maciço, morte fetal e morbidade materna grave (Schneider; Kinzler, 2025).

A via de parto no DPP, deve ser individualizada, dependendo de três fatores principais: status fetal, estabilidade hemodinâmica materna e idade gestacional. A via vaginal é preferencial em estabilidade materna e sem sinais de comprometimento fetal ou óbito fetal. A cesariana imediata está indicada nos casos de comprometimento fetal, instabilidade hemodinâmica materna, coagulopatia grave e progressão rápida do descolamento com

deterioração clínica materno-fetal. Entretanto, na prática clínica a cesariana corresponde à principal via de parto no DPP (90%), devido à frequente associação com sofrimento fetal agudo e instabilidade materna (Yonke; Gurule; Rosenfeld-O'tool, 2025).

No Brasil, a prevalência do DPP ainda não está bem estabelecida devido à escassez de dados epidemiológicos nacionais. Nesse cenário, estudos que avaliem os aspectos maternos e perinatais relacionados ao DPP tornam-se fundamentais para ampliar o conhecimento sobre a doença e subsidiar condutas assistenciais mais efetivas. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico, clínico e obstétrico das pacientes submetidas à cesariana por descolamento prematuro de placenta, bem como descrever os principais desfechos maternos e perinatais observados.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal, desenvolvido a partir da coleta de dados primários em um hospital escola do oeste do Paraná. As informações foram obtidas por meio da análise de prontuários médicos disponibilizados pelo setor responsável, conforme critérios previamente definidos. A coleta foi conduzida de forma sistemática, respeitando os preceitos éticos e as normas vigentes para pesquisas envolvendo seres humanos.

4

A amostra foi composta por dados referentes a nascimentos por cesariana e casos de Descolamento Prematuro de Placenta, identificados por meio da Classificação Internacional de Doenças – CID-10, utilizando os códigos O45 (Descolamento Prematuro de Placenta) e O82 (parto cesáreo). Nos casos de cesarianas indicadas por DPP, foram coletadas outras variáveis, incluindo: idade materna, estado civil, cor/raça, antecedentes obstétricos, comorbidades maternas, idade gestacional, escore de Apgar, clínica da paciente, horário de atendimento e horário do parto, complicações maternas, necessidade de UTI fetal, exames laboratoriais e de imagem.

Foram incluídos dados sobre a indicação de cesáreas no período de janeiro de 2022 a dezembro de 2025. Para coleta de dados específicos, foram incluídos os casos com cesárea indicada por descolamento prematuro de placenta. Os critérios de exclusão foram prontuários cesarianas eletivas e partos vaginais. A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e abril de 2026, com posterior inserção e organização das informações em planilhas do Microsoft Office Excel 2010. Os dados foram analisados por estatísticas descritivas, sendo que as variáveis

foram expressas em números absolutos com valores mínimos e máximos, percentuais, média e mediana, sendo posteriormente apresentado em forma de tabela.

Por ser uma pesquisa realizada com dados de seres humanos, esse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, sob o parecer CAAE nº 92970525.8.0000.5219.

RESULTADOS

No período entre 2022 e 2025, foram identificados 20 casos de descolamento prematuro de placenta entre 3.357 partos cesáreos, correspondendo a uma incidência global de 0,60%. A incidência anual foi de 0,15% em 2022, 0,27% em 2023, 1,34% em 2024 e 0,47% em 2025, observando-se maior frequência de casos no ano de 2024.

Em relação a características maternas (Tabela 1), a idade das gestantes variou entre 17 e 37 anos, com média de 28,45 anos e mediana de 30 anos. Quanto ao estado civil, observou-se predominância de gestantes casadas (50%), seguida por solteiras (40%) e em união estável (10%). Em relação à autodeclaração de raça/cor, a maioria se autodeclarou branca (80%), seguida por pardas (15%) e negras (5%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das pacientes com DPP

Variável	n	%
Faixa etária		
< 20 anos	1	5
20-24 anos	6	30
25-29 anos	3	15
30-34 anos	7	35
≥ 35 anos	3	15
Estado civil		
Casadas	10	50
Solteiras	8	40
União estável	2	10
Raça/cor		
Branca	16	80
Parda	3	15
Negra	1	5

Fonte: Dados da pesquisa, organizado pelos autores.

Entre as comorbidades maternas observadas, destacaram-se trombofilia associada à síndrome antifosfolípide (SAAF), hipertensão gestacional, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus gestacional, pré-eclâmpsia, infecção do trato urinário persistente, ansiedade, gestação com dispositivo intrauterino e apendicectomia durante a gestação. Das 20 pacientes analisadas, 8 eram primigestas (G1) e 12 eram multigestas. Nos antecedentes obstétricos (Tabela 2), observou-se um total de 46 gestações, 11 cesarianas prévias, 10 partos vaginais e 8 abortamentos. Além disso, o histórico de parto prematuro esteve presente em 10% (n=2) dos casos e antecedente de parto vaginal com óbito fetal em 5% (n=1) das pacientes.

Tabela 2 – Antecedentes obstétricos das pacientes com DPP

Variável	n
Total de Gestações Prévias	46
Primigestas	8
Multigestas	12
Cesarianas prévias	11
Partos vaginais prévios	10
Abortamentos	8
Histórico de parto prematuro	2
Histórico de parto vaginal com óbito fetal	1

Fonte: Dados da pesquisa, organizado pelos autores.

6

Nota: Em três casos, os prontuários continham apenas a descrição “partos”, sem especificação da via de parto.

A idade gestacional no momento do parto variou de 23 semanas e 5 dias a 39 semanas e 4 dias. Constatou-se que 65% dos recém-nascidos foram prematuros, quando comparado com os a termo (35%). A classificação de prematuridade mais frequente foi de prematuros tardios entre 34-36s, 25% da amostra. Os casos de prematuridade moderada (32-33 semanas) e extrema (<28 semanas) corresponderam, cada um, a 10% dos casos, enquanto a prematuridade muito prematura (28-31 semanas) esteve presente em 20%.

Os índices de Apgar no primeiro e quinto minutos apresentaram-se predominantemente satisfatórios, com maior ocorrência de escores entre 9/10 (n=4), 8/8 (n=3) e 8/9 (n=2). Entretanto, alguns casos apresentaram menor vitalidade neonatal, especialmente em gestações prematuras associadas ao DPP. Todos os recém-nascidos nasceram vivos, porém a 55% necessitaram de internação em Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), em especial aqueles com a menor idade gestacional, evidenciado na Tabela 3.

Tabela 3 – Correlação entre prematuridade no DPP e necessidade de internação em UTI.

Classificação da prematuridade	Idade Gestacional	n	%	Necessidade de UTI n (%)
Extremamente prematuro	<28 semanas	2	10	2 (100%)
Muito prematuro	28–31 semanas	4	20	4 (100%)
Prematuro moderado	32–33 semanas	2	10	2 (100%)
Prematuro tardio	34–36 semanas	5	25	3 (60%)
A termo	≥37 semanas	7	35	–
Total	—	20	100	11 (55%)

Fonte: Dados da pesquisa, organizado pelos autores.

A manifestação clínica mais frequente das pacientes com esse diagnóstico foi o sangramento vaginal (85%), seguida da dor abdominal (80%). A hipertonia uterina esteve presente em 25% das pacientes. Enquanto, e os sinais de sofrimento fetal e alteração de frequência cardíaca fetal (BCF) em 30% dos casos. A tríade clássica: sangramento vaginal + hipertonia uterina + dor abdominal esteve presente apenas em 10% dos casos.

Tabela 4 – Manifestações clínicas das pacientes com DPP

Manifestações clínicas	n	%
Sangramento Vaginal	17	85
Dor abdominal	16	80
Hipertonia Uterina	5	25
Sofrimento fetal/ alteração de BCF	6	30
Tríade clássica completa	2	10

Fonte: Dados da pesquisa, organizado pelos autores.

O intervalo entre o atendimento inicial e o nascimento variou entre 58 minutos até 18 h e 12 min, com média de 3h e 22 min. A hemorragia pós-parto (HPP) foi a principal complicação da intercorrência observada, estando presente em 20% dos casos, incluindo associada a um caso de choque materno e de corioamnionite.

Em relação aos exames laboratoriais, observou-se variabilidade nos níveis hematológicos e nos parâmetros de coagulação das pacientes com descolamento prematuro de placenta (DPP). Os valores de hemoglobina variaram entre 9,1 g/dL e 12,7 g/dL, enquanto a contagem plaquetária e os níveis de TAP e TTPA manteve-se, na maioria dos casos, dentro da normalidade.

Entre os achados de ultrassom sugestivos de DPP destacaram-se área hipoeecogênica placentária, área retroplacentária e suspeita de descolamento retrocorionico. Outros achados ultrassonográficos incluíram restrição de crescimento intrauterino (CIUR) (10%), incluindo um caso classificado como grave (percentil 0), os demais casos apresentaram doppler normal (90%). Também foram descritas características placentárias variadas, incluindo placenta anterior, posterior.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a taxa de cesariana por DPP apresentou a seguinte distribuição anual de 0,15% em 2022, 0,27% em 2023, 1,34% em 2024 e 0,47% em 2025, com uma taxa global no período analisado de 0,60%. A literatura internacional aponta que a incidência anual de DPP varia entre 0,4% e 1,6% de todas as gestações, incluindo partos vaginais e cesarianas, com menores prevalências observadas em países nórdicos (0,38–0,51%) quando comparadas aos Estados Unidos (0,6–1,2%) (Wright *et al.*, 2026). A comparação direta entre os estudos deve ser realizada com cautela devido a diferenças metodológicas, populacionais. Apesar disso, os resultados encontrados são menores do que os valores reportados na literatura, isso pode ocorrer porque o hospital analisado não é referência em gestação de alto risco, além da possibilidade de subdiagnóstico ou sub-registro de casos, especialmente nos quadros clínicos mais leves ou de apresentação atípica.

A avaliação apenas de casos de DPP que evoluíram para cesariana ocorreu porque o sistema de registro institucional classifica os nascimentos apenas como parto cesáreo ou parto vaginal, sem vincular de forma sistemática o CID ao tipo de parto, o que dificulta a identificação e o rastreamento dos casos de DPP que evoluíram para parto vaginal. Essa estratégia tende a contemplar a maior parte dos casos da doença, uma vez que uma revisão clínica norte-americana demonstrou que aproximadamente 90% das gestações complicadas por DPP evoluem para cesariana (Yonke; Gurule; Rosenfeld-O'tool, 2025).

A idade materna predominante nessa amostra foi entre a segunda e a terceira década de vida (20-34 anos). Embora a idade materna avançada, especialmente acima de 35 anos, seja reconhecida como importante fator de risco independente para DPP (Gama *et al.*, 2025), um estudo realizado no Japão incluindo uma amostra de 416 pacientes com esse diagnóstico demonstram maior risco nos extremos etários, incluindo gestantes adolescentes, configurando um padrão de distribuição em forma de “J” (Kyozyuka *et al.*, 2021). Dessa forma, apesar do

reduzido tamanho amostral do presente estudo limitar inferências causais, os resultados mostram distribuição etária compatível com o perfil epidemiológico descrito na literatura internacional.

Houve distribuição relativamente homogênea entre mulheres casadas e solteiras. Em uma metanálise que analisou fatores de risco independentes para DPP, identificou o estado civil não casado como um desses fatores, devido à maior vulnerabilidade obstétrica, relacionada a menor suporte social e dificuldades de acesso ao pré-natal (Chen *et al.*, 2025). Ainda assim, o DPP possui caráter multifatorial, não dependendo exclusivamente das condições conjugais.

Nesta amostra, a etnia branca foi a mais prevalente, resultado que difere dos estudos internacionais que apresentaram a raça negra como fator de risco independente para DPP (Chen *et al.*, 2025; Anderson *et al.*, 2020). Entretanto, o achado deste presente estudo reflete às características demográficas da população atendida pelo serviço e à composição populacional da região Sul do Brasil do que propriamente a uma associação causal entre raça/cor e DPP (IBGE, 2022).

Entre as comorbidades maternas encontradas nesta pesquisa, destacam-se as síndromes hipertensivas da gestação, infecção do trato urinário (ITU), síndrome antifosfolípide (SAAF), gestação com DIU, apendicectomia durante a gestação. Devido ao reduzido número de casos na presente amostra não é possível estabelecer relação causal individual entre esses fatores e a ocorrência do DPP. Apesar disso, as doenças hipertensivas são um fator reconhecido (OR 2,7), associado a mecanismos vasculares, inflamatórios e trombóticos capazes de comprometer a circulação uteroplacentária (Naruse *et al.*, 2021). A ITU persistente e condições cirúrgicas durante a gestação e uso de DIU, possuem dados insuficientes e de menor nível de evidência científica (Chen *et al.*, 2025).

Quanto à paridade, houve predomínio de multigestas, achado semelhante ao descrito na literatura internacional, que demonstra maior frequência de DPP em mulheres com maior paridade e antecedentes obstétricos prévios. De acordo com metanálise realizada, a multiparidade (paridade ≥ 3) representa um fator de risco independente para DPP devido a alterações vasculares uterinas cumulativas e maior exposição a fatores de risco obstétricos, contribuindo para o desenvolvimento dessa patologia (Chen *et al.*, 2025).

A elevada frequência de prematuridade observada neste estudo (65% dos recém-nascidos) é compatível com a literatura internacional, que demonstra taxas superiores a 50% em gestações complicadas por DPP (Ananth *et al.*, 2025). Além disso, essa doença é responsável por

aproximadamente 10% dos partos prematuros em países desenvolvidos, evidenciando sua importante contribuição para a prematuridade (Ananth *et al.*, 2024). Esse desfecho está diretamente relacionado ao aumento da morbimortalidade neonatal, principalmente em decorrência da hipóxia fetal aguda e de suas complicações, o que reforça a gravidade dessa condição obstétrica.

Embora todos os recém-nascidos tenham nascido vivos, 55% necessitaram de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), principalmente os de menor idade gestacional. Observou-se relação direta entre prematuridade e necessidade de suporte intensivo, o que estabelece a prematuridade como fator determinante na morbidade neonatal, esse risco relativo é de 3,4% comparado com gestações sem DPP. Essa complicação está associada a longos períodos de internação, necessidade de ventilação mecânica e maior risco de complicações neonatais precoces (Downes; Shenassa; Grantz, 2017).

A tríade clássica do DPP descrita como sangramento vaginal, dor abdominal ou lombar e hipertonia uterina esteve presente apenas em 10% dos casos, achado compatível com o descrito na literatura (Yonke; Gurule; Rosenfeld-O'tool, 2025). O sinal clínico mais frequente foi o sangramento vaginal (85%), embora ele possa estar oculto em 18% dos casos, seguido da dor abdominal (80%). Alterações na frequência cardíaca (30%), refletem o comprometimento fetal devido à redução abrupta da perfusão uteroplacentária. A hipertonia uterina ocorreu em apenas em 25% dos casos, apesar de ser um sinal clássico ela pode não estar presente, especialmente em DPP menos extensos (Yonke; Gurule; Rosenfeld-O'tool, 2025). Em conjunto, esses achados evidenciam a ampla variabilidade clínica do DPP e reforçam a importância da suspeita diagnóstica precoce diante de sintomas sugestivos e fatores de risco maternos.

Entre as complicações maternas, a hemorragia pós-parto (HPP) foi a principal intercorrência (20% dos casos), incluindo um caso associado a choque materno e corioamnionite. O DPP está fortemente relacionado a complicações hemorrágicas graves devido ao intenso sangramento uteroplacentário, consumo de fatores de coagulação e maior risco de atonia uterina. Nos casos mais graves, podem ocorrer choque hipovolêmico, coagulação intravascular disseminada (CIVD), necessidade de transfusão sanguínea e até histerectomia de emergência (Wright *et al.*, 2026).

O intervalo entre o atendimento inicial e o nascimento por cesárea variou entre 58 minutos e 18 horas e 12 minutos, com média de 3 horas e 22 minutos. A literatura aponta que não existe um intervalo de tempo padronizado universalmente, porque a decisão de parto deve ser

individualizada, baseado na gravidade clínica, estabilidade materno-fetal e necessidade de resolução obstétrica imediata. Em casos com maior gravidade, especialmente quando há bradicardia fetal o intervalo ideal de decisão-parto ≤ 20 minutos, porque quanto maior o intervalo pior a acidose fetal (Schneider; Kinzler, 2025). No presente estudo, nenhum caso atingiu esse intervalo de decisão-parto, o que pode refletir em uma latência para o diagnóstico efetivo, como também que o DPP tem diferentes apresentações e níveis de gravidade.

Os parâmetros hematológicos e de coagulação permaneceram, em sua maioria, dentro da normalidade, incluindo contagem plaquetária, TAP e TTPA. Esse achado sugere casos menos extensos de DPP ou diagnóstico precoce, antes do desenvolvimento de coagulopatia significativa. A literatura mostra que anemia, trombocitopenia e distúrbios da coagulação são mais frequentes nos casos graves, especialmente quando associados à coagulação intravascular disseminada (CIVD). Exames laboratoriais normais não excluem o diagnóstico de DPP, o que ressalta a importância da avaliação clínica e obstétrica (Pils *et al.*, 2019).

Os achados ultrassonográficos foram área hipoecogênica placentária, área retroplacentária e suspeita de descolamento retrocoriônico, compatíveis com hematoma retroplacentário. Observou-se também RCIU em 10% dos casos, incluindo um caso grave abaixo do percentil 0. O diagnóstico do DPP é essencialmente clínico, o ultrassom tem baixa sensibilidade (24-57%), embora apresente especificidade elevada (96%), as alterações observadas podem ser sugestivas de DPP, mas não são suficientes para excluir ou confirmar isoladamente o diagnóstico, reforçando a importância da avaliação clínica (Yonke; Gurule; Rosenfeld-O'tool, 2025). A ocorrência de RCIU está descrita na literatura devido a própria fisiopatologia da doença que apresenta uma remodelação deficiente das artérias uterinas espiraladas (Marijnen *et al.*, 2025).

Entre as limitações no presente estudo, seu delineamento retrospectivo e ao reduzido tamanho amostral, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras populações e serviços obstétricos. Além disso, a utilização de dados provenientes de prontuários médicos esteve sujeita à incompletude de informações e variabilidade nos registros clínicos, evidenciada pela ausência de descrição detalhada de algumas variáveis obstétricas. Outra limitação relevante foi a ausência de vínculo de forma sistemática do CID de DPP ao tipo de parto realizado. Apesar dessas limitações, o estudo contribui para o conhecimento epidemiológico nacional sobre o DPP, especialmente diante da escassez de dados brasileiros relacionados ao perfil clínico e aos desfechos materno-fetais dessa importante emergência obstétrica.

CONCLUSÃO

O DPP mostrou-se uma importante emergência obstétrica associada a elevada morbidade materna e neonatal no presente estudo. Observou-se prevalência significativa da condição entre as cesarianas analisadas, acometendo predominantemente mulheres jovens-adultas, multigestas e com presença frequente de comorbidades maternas, especialmente síndromes hipertensivas da gestação e trombofilias. Os achados clínicos mais frequentes foram sangramento vaginal e dor abdominal, enquanto a tríade clássica do DPP esteve presente em pequena parcela dos casos, evidenciando a apresentação clínica heterogênea da doença e reforçando a importância da suspeição diagnóstica precoce mesmo na ausência de manifestações típicas completas.

Os desfechos perinatais demonstraram importante impacto do DPP sobre a prematuridade e necessidade de cuidados intensivos neonatais. A maioria dos recém-nascidos foi prematura, com destaque para prematuridade tardia e muito prematura, estando diretamente associada à elevada necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, principalmente entre os menores de 34 semanas. Embora os índices de Apgar tenham se mostrado predominantemente satisfatórios e todos os recém-nascidos tenham nascido vivos, observou-se elevada morbidade neonatal relacionada à interrupção precoce da gestação. Além disso, complicações maternas como hemorragia pós-parto e choque hemorrágico reforçam a gravidade clínica do DPP e seu potencial de evolução desfavorável quando não diagnosticado e manejado precocemente.

Dessa forma, os resultados deste estudo corroboram a literatura nacional e internacional ao demonstrar que o DPP permanece associado a importantes desfechos obstétricos e neonatais adversos, especialmente em gestantes com fatores de risco vasculares e hipertensivos. A identificação precoce das pacientes de maior risco, associada ao adequado acompanhamento pré-natal, reconhecimento imediato dos sinais clínicos e rápida intervenção obstétrica, constitui medida fundamental para redução da morbimortalidade materna e perinatal. Além disso, ressalta-se a necessidade de novos estudos com amostras maiores e delineamentos multicêntricos, visando ampliar o conhecimento epidemiológico nacional sobre o DPP e contribuir para estratégias mais eficazes de prevenção, diagnóstico e manejo dessa importante complicação obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. ANANTH, C. V. *et al.* Placental Abrupton and Cardiovascular Event Risk (PACER): design, data linkage, and preliminary findings. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, Hoboken, v. 38, n. 3, p. 271-286, 2024. Disponível em: Wiley Online Library. Acesso em: 31 maio 2026.
2. ANANTH, C. V.; LOH, W. W. Causal effects of competing obstetrical interventions: mediators of placental abrupton and perinatal mortality. **American Journal of Epidemiology**, v. 194, n. 3, p. 625-634, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39123099/>. Acesso em: 31 maio 2026.
3. ANDERSON, E. *et al.* Changing risk factors for placental abrupton: a case crossover study using routinely collected data from Finland, Malta and Aberdeen. **PLoS One, San Francisco**, v. 15, n. 6, e0233641, 2020. Disponível em: PubMed. Acesso em: 24 maio 2026.
4. CHEN, D. *et al.* Independent risk factors for placental abrupton: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 25, n. 1, p. 351, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40140972/>. Acesso em: 24 maio 2026.
5. DOWNES, K. L.; SHENASSA, E. D.; GRANTZ, K. L. Neonatal outcomes associated with placental abrupton. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 186, n. 12, p. 1319-1328, 2017. Disponível em: PubMed. Acesso em: 24 maio 2026.
6. GAMA, S. G. N. *et al.* Maternal and perinatal outcomes in adolescents and women with advanced maternal age. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 59, supl. 1, e9s, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41124514/>. Acesso em: 24 maio 2026.
7. IBGE. Censo 2022. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>. Acesso em 24 maio 2026.
8. JENABI, E. *et al.* The environmental risk factors prior to conception associated with placental abrupton: an umbrella review. **Systematic Reviews**, London, v. 11, n. 1, p. 55, 2022. Disponível em: PubMed. Acesso em: 24 maio 2026.
9. KYOZUKA, H. *et al.* Teenage pregnancy as a risk factor for placental abrupton: findings from the prospective Japan Environment and Children's Study. **PLoS One, San Francisco**, v. 16, n. 5, e0251428, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33984034/>. Acesso em: 24 maio 2026.
10. MARIJNEN, M. C. *et al.* Placental lesions in small for gestational age fetuses with and without clinical features of fetal growth restriction: a secondary analysis of the Doppler Ratio in Fetal Growth Restriction Intervention Trial At (near) Term (DIGITAT) study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 233, n. 5, p. 498.e1-498.e20, 2025. Disponível em: PubMed. Acesso em: 31 maio 2026.
11. NARUSE, K. *et al.* Placental abrupton in each hypertensive disorders of pregnancy phenotype: a retrospective cohort study using a national inpatient database in Japan.

- Hypertension Research**, London, v. 44, n. 2, p. 232-238, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32901155/>. Acesso em: 24 maio 2026.
12. PILS, S. *et al.* Prognostic laboratory parameters in placental abruption: a retrospective case-control study. **Journal of Clinical Medicine**, Basel, v. 8, n. 4, p. 482, 2019. Disponível em: PubMed. Acesso em: 31 maio 2026.
13. RIIHIMÄKI, O. *et al.* Placental abruption and child mortality. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 142, n. 2, e20173915, 2018. Disponível em: PubMed. Acesso em: 24 maio 2026.
14. SCHNEIDER, E.; KINZLER, W. L. Placental abruption: pathophysiology, diagnosis, and management. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, Philadelphia, v. 68, n. 1, p. 98-104, 2025. Disponível em: PubMed. Acesso em: 24 maio 2026.
15. WRIGHT, G. L. *et al.* Placental abruption: temporal trends, risk factors, and associated adverse maternal outcomes. **American Journal of Perinatology**, New York, v. 43, n. 6, p. 855-861, 2026. Disponível em: PubMed. Acesso em: 24 maio 2026.
16. YONKE, N.; GURULE, F. S.; ROSENFELD-O'TOOL, S. Late pregnancy bleeding. **American Family Physician**, Leawood, v. 112, n. 6, p. 638-645, 2025. Disponível em: PubMed. Acesso em: 24 maio 2026.