

PROTOCOLO

HC-UFTM/HU BRASIL

Conduas no Diagnóstico de Placenta Prévia e Tratamento Indicado

Versão: 1 | 2026

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DO SETOR DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

IVONE APARECIDA VIEIRA DA SILVA

CHEFE DA UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER

ROSEKEILA SIMÕES NOMELINI

ELABORAÇÃO

Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, Unidade de Saúde da Mulher
Alberto Borges Peixoto, Unidade de Saúde da Mulher
Elaine Silva Azevedo, Unidade de Saúde da Mulher
Ana Clara Mendes Ribeiro, Programa de Residência em Medicina Fetal
Yahn Rezende Abreu, Programa de Residência em Medicina Fetal
Ana Carolina Tubaldini Vilela, Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia

VALIDAÇÃO INTERNA

Alberto Borges Peixoto, Unidade de Saúde da Mulher
Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, Unidade de Saúde da Mulher

ANÁLISE

Rosekeila Simões Nomelini, Unidade de Saúde da Mulher

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ivone Aparecida Vieira da Silva, Setor de Cuidados Especializados
Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado
Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 27/7/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UMUL.010

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2026, HU Brasil. Todos os direitos reservados
www.gov.br/hubrasil*



Hospital de Clínicas



1. DEFINIÇÃO E INCIDÊNCIA

O termo “placenta prévia” (PP) é usado para descrever a inserção placentária parcialmente ou totalmente no segmento inferior do útero. A prevalência é de 0,25-0,5% nas gestações únicas (4/1000 aproximadamente). O risco aumenta em caso de cesárea prévia e este é proporcional ao número de cesáreas. Também há um grande risco em outros casos de cirurgia uterina como miomectomia ou antecedentes de curetagem ou extração manual de placenta ou placenta anterior em gestações anteriores. Outros fatores de risco são a idade materna, o tabagismo, a origem étnica (afrodescendente e asiático), multiparidade, gestações múltiplas, tratamento de reprodução assistida, endometriose, consumo de cocaína e antecedentes de embolização.

A PP é responsável por 20% das hemorragias do terceiro trimestre. É uma causa frequente de transfusão materna e histerectomia puerperal, com uma taxa significativa de morbimortalidade perinatal.

Mulheres com placenta prévia apresentam quase 10 vezes mais risco de apresentar sangramento durante o terceiro trimestre. As complicações fetais estão principalmente associadas à prematuridade.

A apresentação mais comum da placenta prévia é como achado ocasional na ultrassonografia com 20 semanas de idade gestacional, levando a um diagnóstico em 1 a 6% dos casos. Nos últimos anos houve algumas modificações eliminando os termos placenta prévia parcial e marginal, simplificando os critérios a seguir discriminados (figura 1).

1.1 Classificação

- a. Placenta prévia: a placenta cobre completamente o orifício cervical interno (OCI) ou mantém uma distância menor que 10mm do OCI após as 28 semanas de idade gestacional.
- b. Placenta de inserção baixa: placenta com borda placentária entre 11 e 20 mm do OCI após as 28 semanas de idade gestacional.

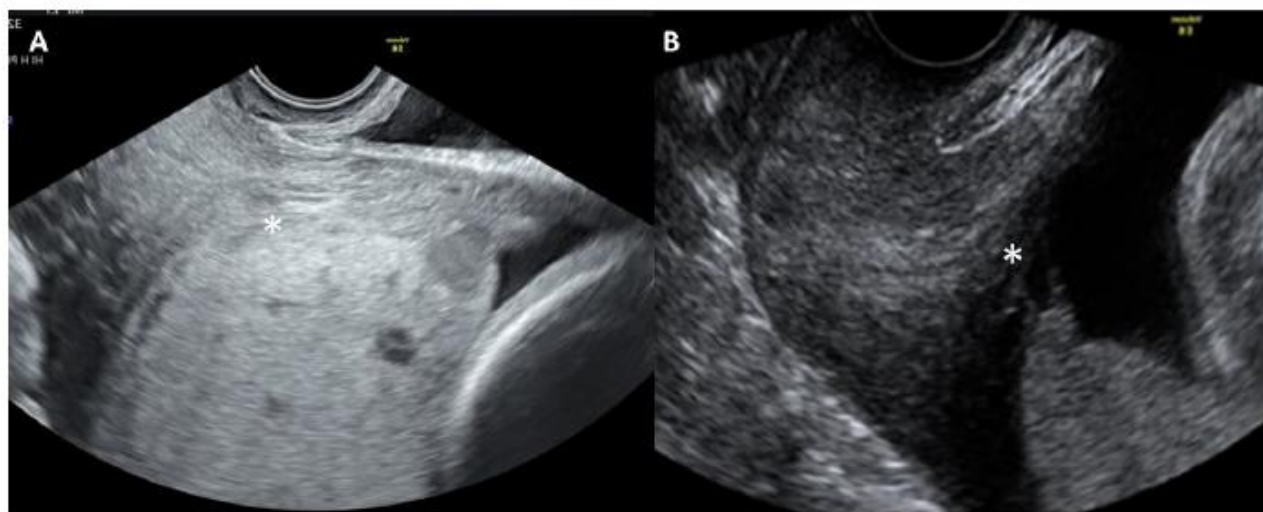


Figura 1. Classificação das placentas prévia e de inserção baixa

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

- ✓ **Inclusão:**
- Gestante com sangramento transvaginal de segundo trimestre.

- Gestante com fatores de risco, como histórico de cesariana anterior, interrupção prévia de gestação, cirurgia uterina prévia, tabagismo materno, idade materna avançada, multiparidade, uso de cocaína, gestação múltipla, deve ser realizada uma investigação ultrassonográfica com avaliação placentária.

✓ **Exclusão:**

- Gestante com ausência de sangramento transvaginal de segundo trimestre e ausência de fatores de risco para placenta prévia.

3. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

- Presença de equipe experiente, como também importância de ultrassonografista para avaliação dos exames de imagem.
- Equipe preparada para urgências, caso ocorram com instabilização clínica

4. HISTÓRIA CLÍNICA

A manifestação clínica mais frequente da placenta prévia é o **sangramento transvaginal isolado**, caracterizada por abundante sangramento vermelho vivo de origem materna. Em 10 a 30% dos casos, está associada à atividade uterina clínica. 30% das pacientes apresentaram sangramento antes das 30 semanas, 30% entre 30 e 36 semanas e 30% após 36 semanas. 10% permaneceram assintomáticas.

Embora o mecanismo do sangramento seja **desconhecido**, considera-se que esteja associado ao início das contrações, mesmo que subclínicas.

5. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

5.1 Exame físico

O exame especular deve ser cuidadoso e permite avaliar a origem e a intensidade do sangramento transvaginal. O toque vaginal não está indicado frente à suspeita de PP pelo risco de hemorragia grave decorrente do contato direto com a placenta. Se houver indicação de toque vaginal o mesmo deve ser realizado pelo profissional mais experiente da equipe e com cautela ao avançar sobre o orifício interno do colo.

5.2 Exame de imagem

A localização da placenta deve ser determinada durante **ultrassonografias de rotina do segundo e terceiro trimestres**. Se houver suspeita de placenta prévia, uma ultrassonografia transvaginal (USTV) deve ser realizada para confirmar ou descartar o diagnóstico, sendo considerado padrão-ouro para o diagnóstico. Todas as pacientes com diagnóstico de placenta de inserção baixa deverão ser avaliadas com USTV nos exames subsequentes.

Importante a avaliação concomitante do comprimento do colo do útero, visto maior probabilidade de parto prematuro. Mulheres com diagnóstico de colo curto e PP têm risco relativo de 7,2 para aumento de hemorragia maciça durante a cesariana. A avaliação ultrassonográfica da placenta prévia deve incluir:

- Avaliação abdominal de todo o território placentário, localizando a inserção do cordão umbilical e descartando a presença de hematomas.
- Avaliação transvaginal com a bexiga parcialmente cheia para garantir a visualização

adequada de todo o segmento inferior: anterior, posterior e lateral (vista transversal), invertendo a apresentação fetal, se necessário.

- Aplicação do Doppler colorido para descartar vasa prévia.
- Avaliação de sinais de placenta acreta, especialmente em casos de placenta prévia com histórico de cesárea anterior. Confirmar a localização da borda da placenta em relação ao orifício interno do colo do útero após urinar e medir o comprimento do colo do útero aplicando uma pressão mínima sobre ele.
- Diagnóstico diferencial entre placenta prévia e hematoma próximo ao orifício interno do colo do útero (a ultrassonografia com Doppler colorido e as alterações na ecogenicidade podem ajudar a diferenciar as duas condições).
- Confirmação da localização da borda da placenta em relação ao orifício interno do colo do útero após urinar e medição do comprimento do colo do útero aplicando uma pressão mínima sobre ele.

6. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

Em caso de diagnóstico ultrassonográfico de placenta prévia ou placenta baixa (<20 mm), agendar uma ultrassonografia transvaginal do terceiro trimestre por volta da **28ª semana** para confirmar ou descartar o diagnóstico. Se confirmado, a paciente deverá ser encaminhada ao Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco e realizadas recomendações (**repouso relativo, evitar relações sexuais, prevenção da anemia materna e informação à paciente sobre a possível ocorrência de sangramento**). Portanto, recomenda-se que a localização da placenta seja anotada no laudo ultrassonográfico nesses casos.

Se o diagnóstico for confirmado às 28 semanas de gestação, as recomendações serão reforçadas e será agendado acompanhamento ultrassonográfico abdominal e **transvaginal** mensal, ou com maior frequência, dependendo da apresentação clínica e do comprimento do colo do útero:

- Placenta prévia **assintomática**: monitoramento ultrassonográfico mensal da 28ª à 36ª semana, descartando complicações associadas. Às 36 semanas, a via e o momento do parto serão avaliados.
- Placenta prévia **sintomática**: após a avaliação inicial da paciente (descartando sofrimento materno-fetal e sugerindo placenta prévia com sangramento e estabilidade hemodinâmica), será tomada a decisão entre observação ou internação, levando em consideração o grau de sangramento vaginal e o histórico médico da paciente.

7. MONITORIZAÇÃO

✓ Paciente em **observação**: pacientes com sangramento leve a moderado, hemodinamicamente estáveis e sem outros fatores de risco hemorrágicos:

- Anamnese e exame físico: **evitar** exames vaginais; realizar sempre ultrassonografia transvaginal.
- Infusão intravenosa e exames de sangue, incluindo: hemograma completo, coagulograma e bioquímica básica.
- Monitoramento da frequência cardíaca fetal e ausência de corrimento vaginal.
- Ultrassonografia obstétrica: além da avaliação fetal, avaliar a localização da placenta e a

inserção do cordão umbilical, a presença de hematoma placentário, o comprimento do colo do útero e a integridade das membranas. Excluir complicações associadas (vasa prévia, placenta acreta).

- Repouso relativo.
- Alta hospitalar se, após algumas horas de observação, a paciente estiver clinicamente assintomática e a ultrassonografia descartar complicações associadas.

8. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

- ✓ Internação hospitalar: pacientes que não preenchem os critérios para internação em observação.
- ✓ Outros procedimentos, além dos que seriam realizados durante uma internação em observação:
 - Reserva de sangue; avaliação da necessidade de transfusão.
 - Monitoramento materno: sinais vitais, débito urinário.
 - Em gestantes **Rh negativas** com sangue fetal Rh positivo, ou se a genotipagem Rh fetal não estiver disponível, administrar imunoglobulina anti-D (300 mcg ou 1500 UI) e repetir em caso de readmissão ou parto, após pelo menos 3 semanas.
 - Monitoramento fetal diário em gestações > 26 semanas: frequência cardíaca fetal e contrações uterinas.
 - Tocólise: o tratamento tocolítico será administrado mesmo com colo do útero normal ou ausência de contrações uterinas. A escolha do medicamento será feita de acordo com o protocolo para gestação pré-termo, levando-se em consideração que o uso de indometacina deve ser evitado devido ao seu efeito inibitório sobre a função plaquetária, assim como o de nifedipina em casos de hipotensão clínica.
 - Maturação pulmonar: entre 26 e 34 semanas, de acordo com o protocolo específico.
 - Neuroproteção com sulfato de magnésio: entre 24 e 32 semanas, de acordo com o protocolo específico.
 - Repouso absoluto no leito até a estabilização do quadro.
 - Sangramento intenso que não cessa após tratamento com tocolíticos, instabilidade hemodinâmica ou suspeita de estado fetal não tranquilizador serão critérios para interrupção imediata da gravidez.

9. RESOLUÇÃO DA GESTAÇÃO

Após a estabilização do quadro:

- a) **> ou = 36 semanas:** a gravidez será interrompida por **cesariana**.
- b) **< 36 semanas:** alta com repouso relativo e consulta de acompanhamento em pré-natal de alto risco com seguimento ultrassonográfico regular (a cada 2 a 4 semanas), dependendo da distância da placenta ao orifício interno do colo do útero, da idade gestacional, do comprimento do colo do útero e do quadro clínico da paciente.

c) Parto eletivo:

- Placenta prévia assintomática (paciente que **nunca** apresentou sintomas). Cesariana eletiva entre 37 e 38 semanas.
- Placenta prévia sintomática (paciente que apresentou pelo menos um episódio). Cesariana eletiva entre 36 e 37 semanas.

d) Placenta inserção baixa

- Em casos de placenta inserção baixa, localizada entre 11 e 20 mm do orifício cervical interno, o parto vaginal espontâneo pode ser considerado (taxa de sucesso relatada de 69%), justificando a possibilidade de cesariana durante o trabalho de parto devido à hemorragia intraparto.

Observação: em todos os casos, solicitar reserva de sangue (máximo de 3 unidades de concentrado de hemácias 72 horas antes do dia da cesariana) e consulta pré-anestésica.

10. ASPECTOS INTRAOPERATÓRIOS

É imprescindível realizar uma ultrassonografia pré-cesárea para determinar com precisão a localização da placenta.

Embora a incisão segmentar transversa seja a abordagem preferencial, a incisão transplacentária deve ser evitada sempre que possível, devendo ser feita o mais distante possível da inserção do cordão umbilical. Se a incisão for transplacentária, a placenta deve ser transposta rapidamente para a extração fetal. Nesses casos, o clampeamento precoce do cordão umbilical é indicado.

11. POSSÍVEIS DESFECHOS

- Aumento da morbidade e mortalidade perinatal: rotura prematura de membranas (RPM), parto prematuro.
- Má posição fetal.
- Hemorragia grave, necessidade de drogas vasoativas e transfusão, choque hipovolêmico.
- Presença de placenta acreta, vasa prévia ou inserção velamentosa do cordão umbilical.
- Hemorragia pós-parto: devido à inserção placentária no segmento uterino inferior, pacientes com placenta prévia apresentam maior risco de hemorragia pós-parto.
- Histerectomia de urgência.
- Embolia do líquido amniótico.

12. REFERÊNCIAS

1. LÓPEZ, Marta; MASOLLER, Narcís; IZQUIERDO, Nora; et al. Anomalías placentarias: placenta previa, placenta accreta y vasa previa. Barcelona: Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona, 2024. (Protocols Medicina Materno-Fetal, MMF-89-2012).
2. <https://www.isuog.org/education/basic-training.html>.
3. LIAO, Adolfo (Coord.). *Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente* 2ª ed. Barueri: Manole, 2020.

13. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	27/7/2026	Elaboração da 1ª versão do Protocolo (PRT)

14. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração – data: 10/4/2026

Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, médico da Unidade de Saúde da Mulher (UMUL)

Alberto Borges Peixoto, médico da UMUL

Elaine Silva Azevedo, médica da UMUL

Ana Clara Mendes Ribeiro, médica residente em Medicina Fetal

Yahn Rezende Abreu, médico residente em Medicina Fetal

Ana Carolina Tubaldini Vilela, médica residente em Ginecologia e Obstetrícia

Validação interna – data: 10/4/2026

Alberto Borges Peixoto, médico da UMUL

Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, médico da UMUL

Análise – data: 10/4/2026

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

Aprovação – data: 11/5/2026

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

Validação técnica – data: 16/4/2026 a 2/7/2026

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Registro, validação de forma e revisão – data: 27/7/2026

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental