

CAPÍTULO 13

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA: FATORES DE RISCO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NA PERSPECTIVA DA SAÚDE PÚBLICA

Pamela de Oliveira Palmeira¹
Francisco Elder Veras Leitão Filho²
Rodrigo Barbosa Guerra³
Anna Cecília Barros Melo Abreu⁴
Tayná Lima Rodrigues Silva⁵
Jordam William Pereira Silva⁶
Nadine Antunes Teixeira⁷

¹Discente – Medicina na Universidade Cidade de São Paulo – UNICID

²Discente – Medicina no Centro Universitário Inta – Uninta

³Discente – Medicina na Universidade Cidade de São Paulo

⁴Discente – Medicina na UNIMA AFYA

⁵Discente – Medicina na Universidade Nilton Lins

⁶Biomédico

⁷Enfermeira

Palavras-chave: Descolamento prematuro de placenta; Fatores de risco; Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

O descolamento prematuro de placenta (DPP), também conhecido como *abruptio placentae*, é uma complicação obstétrica grave caracterizada pela separação precoce da placenta da parede uterina antes do nascimento do bebê. Esse evento pode ocorrer de forma parcial ou completa, interrompendo o fornecimento adequado de oxigênio e nutrientes ao feto, além de causar hemorragia significativa na mãe (SOUZA & CAMANO, 2006). Embora o DPP seja relativamente raro, afetando cerca de 1% das gestações, suas consequências podem ser severas, resultando em sofrimento fetal, prematuridade, morte fetal e risco aumentado de complicações maternas, como choque hemorrágico e coagulação intravascular disseminada (CID) (ELEUTÉRIO, 2009).

Os fatores de risco associados ao descolamento prematuro de placenta incluem hipertensão materna, traumas abdominais, histórico prévio de DPP, uso de tabaco, idade materna avançada e distúrbios de coagulação (KRAMER *et al.*, 1997; TIKKANEN *et al.*, 2006; OYELESE *et al.*, 2006). O diagnóstico é geralmente clínico, baseado em sintomas como dor abdominal súbita e intensa, sangramento vaginal e contrações uterinas frequentes. A confirmação pode ser auxiliada por ultrassonografia, embora essa ferramenta nem sempre identifique o descolamento (ELSASSER *et al.*, 2010).

O manejo do DPP depende da gravidade da separação, do estado clínico da mãe e do feto, e da idade gestacional. Casos leves podem ser monitorados com internação e cuidados intensivos, enquanto casos graves muitas vezes requerem a indução do parto ou cesariana de emergência para preservar a vida materna e fetal. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura sobre descolamento

prematuro de placenta, destacando os principais fatores de risco, diagnóstico e tratamento.

MÉTODOS

Uma revisão de literatura foi realizada a partir de artigos científicos encontrados nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Public Medline (PubMed), Portal de Periódicos CAPES e Scientific Electronic Library Online (SciELO), sem restrição de período de publicação. Foram consultados os sites oficiais do Ministério da Saúde e a literatura cinzenta.

Para a busca dos artigos, utilizaram-se as palavras-chave: "Descolamento prematuro de placenta", "Etiologia", "Fatores de risco", "Diagnóstico" e "Tratamento". As palavras foram combinadas usando as expressões booleanas "AND" e "OR". Os critérios de inclusão definidos foram: 1) Artigos completos e de acesso gratuito e 2) Artigos que fossem relevantes para a pesquisa do tema. Os critérios de exclusão incluíram: Comentários, cartas ao editor, estudos que não apresentaram resultados concretos ou conclusivos e artigos que não tratassem diretamente do tema central do estudo.

A pesquisa aplicou filtros nos campos de título, resumo e assunto. Após essa filtragem, os artigos selecionados foram revisados integralmente, e suas informações foram organizadas e analisadas no *software* Microsoft Office Word. A síntese dos dados foi feita através de uma análise descritiva e quantitativa dos estudos escolhidos, sendo os resultados apresentados de forma dissertativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sinais e sintomas do descolamento prematuro da placenta

Os sinais e sintomas do descolamento prematuro de placenta (DPP) variam conforme a

gravidade e a extensão do descolamento. O principal sintoma é a dor abdominal intensa e súbita, geralmente localizada na parte inferior do abdômen ou nas costas. Essa dor pode ser constante ou intermitente, e em alguns casos, está associada a contrações uterinas frequentes e dolorosas, que podem ser confundidas com trabalho de parto prematuro. Outro sintoma clássico é o sangramento vaginal, que pode ser de intensidade variável, desde manchas leves até hemorragias severas. No entanto, é importante destacar que nem todos os casos de DPP apresentam sangramento visível, pois o descolamento pode ser oculto, com o sangue acumulando-se atrás da placenta (SOUZA *et al.*, 2022; SOUSA *et al.*, 2024).

Além desses sinais, podem ocorrer alterações nos movimentos fetais, com diminuição ou ausência dos movimentos, indicando sofrimento fetal. Sinais de choque, como hipotensão, palidez, tontura, sudorese e taquicardia, podem se desenvolver se a perda de sangue for significativa. Em casos mais graves, pode haver rigidez uterina e sensibilidade aumentada no abdômen. A presença de sofrimento fetal é frequentemente identificada por meio de monitorização da frequência cardíaca fetal, que pode apresentar alterações como desacelerações ou padrões não tranquilizadores, sinalizando uma diminuição do fluxo sanguíneo e oxigênio para o bebê. Esses sintomas indicam a necessidade de intervenção médica imediata (SOUZA *et al.*, 2022; SOUSA *et al.*, 2024).

Fatores de risco

Os fatores de risco para o descolamento prematuro da placenta incluem uma série de condições e comportamentos que podem comprometer o fluxo sanguíneo adequado para a placenta ou aumentar a vulnerabilidade física da mãe durante a gestação (KRAMER *et al.*, 1997; TIK-

KANEN *et al.*, 2006; OYELESE *et al.*, 2006). Entre os principais fatores de risco estão:

Idade materna avançada

A idade materna avançada, geralmente definida como 35 anos ou mais, é um fator de risco importante para o descolamento prematuro de placenta (DPP). À medida que a idade da mulher aumenta, ocorrem alterações naturais no sistema cardiovascular e na elasticidade dos tecidos uterinos e placentários, o que pode comprometer o funcionamento adequado da placenta. Além disso, mulheres mais velhas são mais propensas a desenvolver condições como hipertensão crônica, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, que aumentam significativamente o risco de DPP (NOMURA *et al.*, 2006).

A idade materna avançada também está associada a uma maior probabilidade de anomalias cromossômicas, que podem afetar o desenvolvimento placentário e aumentar as chances de complicações obstétricas. Outro ponto é que essas mulheres têm maior propensão a intervenções médicas e complicações no parto, o que pode contribuir para a ocorrência do DPP. Por esses motivos, o acompanhamento pré-natal para mulheres nessa faixa etária deve ser rigoroso, com monitoramento frequente da saúde materna e do desenvolvimento fetal, visando prevenir ou detectar precocemente complicações (ROSA *et al.*, 2021).

Hipertensão (Relacionada à gestação ou crônica)

A hipertensão, seja crônica ou relacionada à gestação, como na pré-eclâmpsia e eclâmpsia, é um dos principais fatores de risco para o descolamento prematuro de placenta (DPP). A hipertensão compromete a circulação sanguínea, causando lesões nos vasos sanguíneos uteroplacentários, o que pode levar ao rompimento das conexões entre a placenta e o útero. Isso resulta em

uma redução no fluxo de sangue e oxigênio para o feto e aumenta a probabilidade de descolamento da placenta (HERCULANO *et al.*, 2012).

A hipertensão crônica, presente antes da gravidez, já coloca a gestante em risco elevado, enquanto a hipertensão gestacional, que se desenvolve após 20 semanas de gestação, pode agravar a situação conforme a gravidez avança. A pré-eclâmpsia, caracterizada por pressão alta e danos a órgãos, como rins e fígado, é particularmente preocupante e pode levar ao DPP se não for controlada adequadamente (VITÓRIA *et al.*, 2011).

Essas condições aumentam significativamente a probabilidade de complicações graves, como hemorragias, insuficiência placentária e sofrimento fetal, além de aumentar a necessidade de intervenções médicas de emergência, como cesariana. A gestão cuidadosa da hipertensão durante o pré-natal, com medicamentos adequados e monitoramento frequente da pressão arterial, é essencial para reduzir o risco de descolamento e garantir a segurança da mãe e do bebê (VITÓRIA *et al.*, 2011).

Isquemia placentária (Doença da isquemia placentária) se manifestando como uma restrição do crescimento intrauterino

A isquemia placentária ocorre quando há uma diminuição do fluxo sanguíneo para a placenta, resultando em uma redução no fornecimento de oxigênio e nutrientes para o feto. Essa condição pode levar à restrição do crescimento intrauterino (RCIU), um problema em que o bebê não atinge o crescimento esperado para sua idade gestacional, comprometendo o desenvolvimento fetal. A isquemia placentária é causada por uma má formação ou funcionamento inadequado dos vasos sanguíneos que irrigam a placenta, o que prejudica a troca de oxigênio e nutrientes entre a mãe e o feto. Fatores de risco que contribuem para essa condição incluem hiper-

tensão materna, pré-eclâmpsia, doenças autoimunes e trombofilias, entre outros distúrbios vasculares.

Além da RCIU, a isquemia placentária também aumenta o risco de complicações graves, como o descolamento prematuro da placenta (DPP). O fluxo sanguíneo insuficiente pode enfraquecer a fixação da placenta ao útero, aumentando a probabilidade de descolamento parcial ou total da placenta, o que coloca em risco a vida do feto e da mãe. O manejo dessa condição envolve monitoramento pré-natal rigoroso, com a realização de exames de ultrassonografia para avaliar o crescimento fetal e a função placentária, além de intervenções médicas para melhorar a perfusão sanguínea e prevenir complicações maiores.

Infecção intra-amniótica

A infecção intra-amniótica, também conhecida como corioamnionite, é uma inflamação das membranas que envolvem o feto (cório e âmnio) e do líquido amniótico, geralmente causada por infecção bacteriana. Essa condição pode ocorrer quando bactérias da flora vaginal ou do trato urinário sobem pelo colo do útero e atingem o ambiente intrauterino, especialmente após a ruptura das membranas (bolsa amniótica). A corioamnionite é um fator de risco significativo para o descolamento prematuro de placenta (DPP), pois a infecção e inflamação das membranas podem comprometer a integridade da interface placentária, aumentando a probabilidade de descolamento. A inflamação pode enfraquecer as conexões entre a placenta e o útero, levando ao descolamento parcial ou completo da placenta, o que coloca em risco tanto a mãe quanto o feto (MONTEIRO *et al.*, 2002).

Os sintomas da corioamnionite podem incluir febre, dor abdominal, taquicardia materna e fetal, secreção vaginal anormal e sensibilidade

uterina. Essa condição requer tratamento imediato com antibióticos e, muitas vezes, a indução do parto para evitar complicações mais graves, como sepse materna e neonatal. O manejo adequado da infecção intra-amniótica é essencial para prevenir o descolamento prematuro de placenta e garantir a segurança da mãe e do bebê (MACHADO *et al.*, 2012).

Vasculite

A vasculite é uma inflamação dos vasos sanguíneos que pode afetar diferentes órgãos e sistemas do corpo, incluindo o sistema reprodutivo. Quando a vasculite atinge os vasos sanguíneos da placenta ou do útero, pode comprometer o fluxo de sangue para a placenta, levando a complicações graves na gestação, como o descolamento prematuro da placenta (DPP) (BRANDT *et al.*, 2009).

A inflamação dos vasos sanguíneos causada pela vasculite pode enfraquecer as paredes dos vasos, prejudicar a perfusão placentária e aumentar o risco de danos à interface entre a placenta e o útero. Isso pode resultar em uma separação precoce da placenta, o que leva a uma interrupção no fornecimento de oxigênio e nutrientes para o feto, colocando a gravidez em risco (BRANDT *et al.*, 2009).

Algumas doenças autoimunes que causam vasculite, como o lúpus eritematoso sistêmico e a síndrome de Sjögren, são frequentemente associadas a complicações gestacionais, incluindo DPP. O manejo da vasculite em gestantes requer controle rigoroso da inflamação por meio de medicamentos apropriados, como corticosteroides ou imunossupressores, sempre avaliando o risco-benefício para a mãe e o bebê (SOUZA *et al.*, 2004).

Trauma abdominal

O trauma abdominal é um fator de risco significativo para o descolamento prematuro de placenta (DPP), pois pode causar a separação física entre a placenta e a parede uterina. Esse tipo de trauma pode resultar de quedas, acidentes de carro, agressões físicas ou qualquer impacto direto no abdômen durante a gravidez. Quando ocorre um trauma, a força aplicada ao útero pode causar a ruptura de vasos sanguíneos na interface entre a placenta e o útero, levando à formação de hematomas e ao consequente descolamento da placenta. Mesmo traumas considerados moderados podem aumentar o risco de DPP, especialmente no terceiro trimestre, quando o útero está mais esticado e a placenta mais vulnerável (FRAGA *et al.*, 2005).

Os sintomas após um trauma abdominal podem incluir dor abdominal, sangramento vaginal, contrações uterinas e sinais de sofrimento fetal. Nesses casos, o monitoramento imediato da mãe e do feto é essencial para avaliar a gravidade da lesão e determinar a necessidade de intervenções, como parto de emergência. A prevenção de traumas durante a gravidez, como o uso de cintos de segurança adequados em veículos e a adoção de medidas de proteção contra quedas ou impactos, é crucial para reduzir o risco de complicações como o descolamento prematuro da placenta (MARTINS-COSTA *et al.*, 2005).

Tabagismo

O tabagismo é um importante fator de risco para o descolamento prematuro de placenta (DPP), além de outras complicações graves durante a gestação.

O cigarro contém substâncias tóxicas, como a nicotina e o monóxido de carbono, que comprometem o fluxo sanguíneo adequado entre o útero e a placenta. Isso ocorre porque a nicotina provoca vasoconstrição, ou seja, o estreitamento dos vasos sanguíneos, enquanto o monóxido de carbono reduz a capacidade do sangue de transportar oxigênio. Esses efeitos prejudicam a circulação placentária e podem levar ao desenvolvimento de insuficiência placentária, aumento do risco de descolamento da placenta e diminuição do fornecimento de oxigênio e nutrientes ao feto. Além disso, o tabagismo aumenta a probabilidade de outras complicações, como restrição do crescimento intrauterino (RCIU), parto prematuro e morte fetal (CASTLES *et al.*, 1999).

Estudos mostram que o risco de DPP é maior em mulheres que fumam durante a gestação, e esse risco aumenta proporcionalmente ao número de cigarros fumados por dia. Por isso, é altamente recomendado que as gestantes cessem o uso de tabaco para reduzir esses riscos e melhorar a saúde materna e fetal. O abandono do tabagismo, com apoio médico e programas de cessação, é uma medida essencial para proteger tanto a mãe quanto o bebê durante a gravidez (MOTTA *et al.*, 2010).

Diagnóstico

O diagnóstico do descolamento prematuro de placenta (DPP) é essencialmente clínico, baseado na identificação dos sintomas clássicos, como dor abdominal súbita e intensa, sangramento vaginal de intensidade variável, e contrações uterinas frequentes e dolorosas. Em alguns casos, o sangramento pode ser oculto, sem manifestações externas visíveis, o que dificulta o reconhecimento imediato do quadro. Outros sinais que podem surgir incluem taquicardia materna, hipotensão e sofrimento fetal, identificado

por alterações no padrão de frequência cardíaca fetal (PEREIRA *et al.*, 2010).

O ultrassom é uma ferramenta frequentemente utilizada para auxiliar no diagnóstico, embora não seja completamente confiável, pois nem sempre consegue visualizar o descolamento, especialmente nos casos menores ou ocultos. A ultrassonografia pode, no entanto, ser útil para excluir outros diagnósticos diferenciais, como placenta prévia. Exames laboratoriais, como hemograma e testes de coagulação, podem ser solicitados para avaliar o grau de anemia materna e possíveis complicações hemorrágicas (PEREIRA *et al.*, 2010).

Em casos graves, o diagnóstico pode ser rápido e evidente, exigindo intervenções imediatas, como a realização de uma cesariana de emergência para preservar a vida materna e fetal. A monitorização contínua do estado materno e fetal, com acompanhamento clínico intensivo, é fundamental para determinar a gravidade do quadro e a melhor abordagem terapêutica.

Tratamento

O tratamento do descolamento prematuro de placenta (DPP) depende da gravidade do quadro, da idade gestacional e do estado de saúde da mãe e do feto. Em casos leves, quando o sangramento é controlado e o feto está em boas condições, pode-se optar pela internação e monitoramento cuidadoso da mãe e do bebê, com repouso absoluto e observação constante dos sinais vitais, além de exames frequentes de ultrassonografia e monitoramento cardíaco fetal. Em situações em que o feto está próximo da maturidade pulmonar, a indução do parto pode ser considerada para evitar complicações futuras (CARDOSO *et al.*, 2012).

Nos casos mais graves, onde o descolamento é extenso e há risco significativo de sofrimento fetal ou choque materno, a intervenção imediata

é necessária. A cesariana de emergência costuma ser a opção preferida, especialmente se o feto estiver em sofrimento ou se o quadro evoluir rapidamente com perda de sangue significativa. Além disso, se houver sinais de instabilidade hemodinâmica materna ou complicações hemorrágicas, como coagulação intravascular disseminada (CID), a pronta estabilização com reposição volêmica, transfusões de sangue e manejo intensivo são cruciais.

A administração de corticosteroides pode ser recomendada em gestações com menos de 34 semanas, visando acelerar a maturação pulmonar fetal, caso o parto prematuro seja inevitável. Em todos os casos, o acompanhamento pós-parto é fundamental tanto para a recuperação da mãe quanto para o monitoramento de possíveis complicações no recém-nascido. A abordagem terapêutica precisa ser individualizada, considerando os riscos e benefícios para a mãe e o feto em cada situação (SILVA *et al.*, 1999).

Perspectiva da saúde pública

Do ponto de vista da saúde pública, o descolamento prematuro de placenta (DPP) representa um desafio significativo, uma vez que está associado a altos índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal. A prevenção e o manejo eficaz dessa condição requerem uma abordagem multidisciplinar, que envolve a melhoria do acesso a cuidados pré-natais de qualidade, o monitoramento de condições maternas de risco e a implementação de políticas de saúde que visem

a redução de fatores modificáveis, como o tabagismo, uso de drogas ilícitas e controle da hipertensão.

Em termos de vigilância e políticas públicas, o fortalecimento dos programas de atenção básica e de saúde materno-infantil é crucial para a identificação precoce de gestantes em risco, permitindo intervenções oportunas. A capacitação de profissionais de saúde para o reconhecimento imediato dos sinais e sintomas de DPP pode melhorar os desfechos ao reduzir o tempo entre o diagnóstico e a intervenção adequada. Outro aspecto importante é a educação em saúde, que deve incluir campanhas de conscientização voltadas para gestantes, abordando a importância do pré-natal, os riscos de hábitos nocivos como o consumo de tabaco e drogas, além de orientar sobre a necessidade de buscar atendimento médico ao notar sinais de alerta. O investimento em infraestrutura hospitalar e em recursos como a disponibilização de unidades de cuidados intensivos neonatais e emergências obstétricas bem equipadas também é vital para o tratamento adequado de casos graves de DPP.

A redução das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, especialmente em regiões de menor desenvolvimento socioeconômico, é uma prioridade para a saúde pública no enfrentamento do DPP. Ao garantir uma assistência de qualidade, é possível melhorar a sobrevida tanto materna quanto fetal, além de mitigar as complicações associadas a essa condição obstétrica grave.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRANDT, H.R.C. *et al.* Vasculites dos médios e grandes vasos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 84, n. 1, p. 55–67, jan. 2009. doi: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962009000100008>.
- CARDOSO, A.S. *et al.* Descolamento prematuro de placenta. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 22, n. 3, 2012.
- CASTLES A. *et al.* Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 16, p. 208-15, 1999. doi: [10.1016/s0749-3797\(98\)00089-0](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00089-0).
- ELEUTÉRIO, D.K. Descolamento prematuro da placenta. *Revista Médica Minas Gerais*, v. 19, p. S5-S9, 2009.
- ELSASSER, D.A. *et al.* New Jersey-Placental abruption study investigators. Diagnosis of placental abruption: Relationship between clinical and histopathological findings. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 148, n. 2, p. 125-30, 2010. doi: [10.1016/j.ejogrb.2009.10.005](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.10.005).
- FRAGA, G.P. *et al.* Trauma abdominal em grávidas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 27, n. 9, p. 541–547, 2005. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032005000900007>.
- HERCULANO, M.M.S. *et al.* Óbitos maternos em uma maternidade pública de Fortaleza: Um estudo epidemiológico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 2, 295-301, 2012. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200005>.
- KRAMER, M.S. *et al.* Etiologic determinants of abruptio placentae. *Obstetrics & Gynecology*, v. 89, n. 2, p. 221-6, 1997. doi: [10.1016/S0029-7844\(96\)00478-4](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(96)00478-4).
- MACHADO, J.R. *et al.* Influência das intercorrências maternas e fetais nos diferentes graus de corioamnionite. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 34, n. 4, p. 153–157, 2012. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000400003>.
- MARTINS-COSTA, S. H. *et al.* Trauma na gestação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 27, n. 9, p. 505–508, 2005. doi: [10.1590/S0100-72032005000900001](https://doi.org/10.1590/S0100-72032005000900001).
- MONTEIRO, R.M. *et al.* Infecção assintomática do líquido amniótico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 24, n. 3, p. 175–179, 2002. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032002000300005>.
- MOTTA, G.deC.P. *et al.* Factors associated with smoking in pregnancy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 4, p. 809–815, 2010. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000400021>.
- NOMURA, R.M.Y. *et al.* Fatores maternos e resultados perinatais no descolamento prematuro da placenta: Comparação entre dois períodos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28, n. 6, p. 324–330, 2006. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000600002>.
- OYELESE, Y. & ANANTH, C.V. Placental abruption. *Obstetrics & Gynecology*, v. 108, n. 4, p. 1005-16, 2006. doi: <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000239439.04364.9a>.
- PEREIRA, C.M.M. *et al.* Descolamento prematuro de placenta: Considerações, investigação e manejo. *Revista Médica Minas Gerais*, v. 20, p. S38-S41, 2010.
- PRITCHARD, J.A. *et al.* On reducing the frequency of severe abruptio placentae. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 165, p. 1345-51, 1991. doi: [10.1016/0002-9378\(91\)90365-x](https://doi.org/10.1016/0002-9378(91)90365-x).
- ROSA, N.P. *et al.* Fatores de riscos e causas relacionados à prematuridade de recém-nascidos em uma instituição hospitalar. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 9, e55610918431, 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18431>.
- SILVA, L.K. *et al.* Avaliação da qualidade da assistência hospitalar obstétrica: Uso de corticóides no trabalho de parto prematuro. *Caderno de Saúde Pública*, v. 15, n. 4, p. 817-829, 1999. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000400016>.

SOUSA, M.S. *et al.* Descolamento prematuro de placenta e choque hipovolêmico: Uma emergência obstétrica. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 7, n. 1, p. 7323–7326, 2024. doi:10.34119/bjhrv7n1-598.

SOUZA, E. & CAMANO, L. Descolamento prematuro da placenta. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 52, n. 3, p. 133–135, 2006. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302006000300008>.

SOUZA, G.S. *et al.* Conduas no descolamento prematuro de placenta. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 5, e47411525784, 2022. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.25784>.

SOUZA, S.C.M. *et al.* Síndrome de Sjögren primária com vasculite cutânea manifestada por úlceras em membro inferior. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 44, n. 2, p. 175–178, 2004.

TIKKANEN, M. *et al.* Clinical presentation and risk factors of placental abruption. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 85, p. 700-5, 2006. doi: 10.1080/00016340500449915.

VITÓRIA, K.M. *et al.* Descolamento prematuro de placenta: uma breve revisão. *Revista Médica Minas Gerais*, v. 21, p. S1-S113, 2011.