

SAÚDE DA MULHER

Edição XXVIII

Capítulo 9

GRAVIDEZ ECTÓPICA COMO EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA: PERSPECTIVAS CLÍNICAS E ASSISTENCIAIS

ALICE DE OLIVEIRA BALULA¹
ANA PAULA SOUZA DA SILVA¹
GEOVANNA DE JESUS SOUSA¹
JULIANA AMARAL MACHADO¹
MARIA RITA JARDIM DA SILVA¹

¹Discente - Enfermagem da Universidade Federal Fluminense.

Palavras-Chave: Obstetrícia; Emergência; Saúde da Mulher.

DOI

10.59290/5012196402

P EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica constitui uma das principais emergências obstétricas da prática clínica contemporânea, representando importante causa de morbimortalidade materna. Caracteriza-se pela implantação do blastocisto fora da cavidade uterina, ocorrendo em 90% a 95% nas tubas uterinas. No entanto, pode ocorrer também na porção intersticial da tuba, na cérvice, na cicatriz da cesárea, no ovário ou na cavidade abdominal, o que compromete o desenvolvimento gestacional e expõe a mulher a riscos significativos, como hemorragias graves e instabilidade hemodinâmica (BRASIL, 2022). Diante desse cenário, o reconhecimento oportuno dessa condição torna-se fundamental para a adoção de intervenções eficazes e seguras, visando à preservação da vida, da saúde reprodutiva e do bem-estar da mulher.

Segundo Rezende Filho *et al.* (2022), os fatores de risco para a gravidez ectópica estão, em sua maioria, relacionados a alterações na estrutura ou no funcionamento das tubas uterinas, o que dificulta o transporte adequado do embrião até a cavidade uterina. A história prévia de gravidez ectópica é um dos principais fatores associados, pois aumenta significativamente a chance de recorrência. Infecções pélvicas, especialmente aquelas causadas por *Chlamydia trachomatis* e tuberculose, podem provocar inflamação e lesões tubárias, favorecendo a implantação fora do útero. Procedimentos cirúrgicos prévios, como cirurgias tubárias, esterilização, reanastomose e outras intervenções abdominais, também contribuem para esse risco. Além disso, fatores como tabagismo, endometriose, infertilidade e técnicas de reprodução assistida, especialmente a fertilização *in vitro*, estão relacionados ao aumento da ocorrência dessa condição.

No quadro clínico da gravidez ectópica, deve-se dar atenção especial às formas mais graves, como a gravidez tubária complicada por aborto ou ruptura. A dor abdominal é o principal sintoma, podendo ser intensa e súbita nos casos de ruptura ou apresentar-se em cólicas no aborto tubário. Quando ocorre sangramento para a cavidade abdominal, a dor tende a se intensificar e pode vir acompanhada de náuseas e vômitos. Ao exame físico, podem ser observados sinais de instabilidade hemodinâmica, como palidez, taquicardia e hipotensão, na avaliação abdominal pode revelar dor à palpação e sinais de irritação peritoneal, enquanto no exame ginecológico destaca-se a dor à mobilização do colo uterino. Para evitar a progressão para quadros mais graves, o diagnóstico precoce é essencial, sobretudo quando a gestação ainda está íntegra. Nesses casos, os sintomas podem ser pouco específicos, tornando necessária a associação do exame clínico com exames complementares, como a dosagem seriada do hormônio gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG) e a ultrassonografia transvaginal (FEBRASGO, 2018). Já no âmbito assistencial, o cuidado à mulher acometida por essa condição demanda uma abordagem integral, ágil e humanizada, que irá considerar não apenas os aspectos físicos, mas também os impactos emocionais, psicológicos e reprodutivos envolvidos nesse processo.

Nesse contexto, este capítulo propõe discutir as principais perspectivas clínicas e assistenciais relacionadas à gravidez ectópica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita a síntese sistematizada de evidências científicas acerca de determinado fenômeno, permitindo a análise crítica e a integração de resultados de estudos com diferentes delineamentos metodológicos. A revisão foi conduzida em etapas sequenciais, com-

preendendo: (1) formulação da questão norteadora; (2) definição das estratégias de busca; (3) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; (4) seleção dos estudos; (5) extração e análise dos dados; e (6) síntese e apresentação dos resultados.

A questão norteadora do estudo foi definida como: “Quais são as evidências científicas disponíveis acerca do diagnóstico e da assistência à mulher com gravidez ectópica?”, orientando todo o processo de busca e análise da literatura.

Para a elaboração da estratégia de busca, foi utilizado o modelo PICO, no qual P (População) correspondeu às mulheres, I (Interesse) ao diagnóstico e à assistência em saúde, e Co (Contexto) à gravidez ectópica. A partir dessa estratégia, foram definidos os descritores controlados, selecionados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), incluindo “Gravidez Ectópica” e “Gravidez Extrauterina”, combinados por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*.

A busca dos estudos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contemplando as bases LILACS e MEDLINE, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2025. Optou-se por essa base por sua abrangência na literatura latino-americana e internacional em saúde, especialmente no campo da saúde da mulher.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos científicos disponíveis na íntegra, publicados no período estabelecido, em língua portuguesa, que abordassem aspectos clínicos, diagnósticos, terapêuticos e/ou assistenciais relacionados à gravidez ectópica. Foram excluídos estudos duplicados, publicações que não respondessem à questão norteadora, editoriais, cartas ao editor, relatos de experiência sem rigor metodológico e trabalhos cujo conteúdo não estivesse alinhado aos objetivos da revisão.

O processo de seleção dos estudos ocorreu em três etapas: leitura dos títulos, seguida da leitura dos resumos, e, posteriormente, leitura

na íntegra dos artigos potencialmente elegíveis, realizada de forma criteriosa para verificar a consonância com os objetivos propostos. Ao final do processo, dez estudos compuseram a amostra final da revisão.

A extração dos dados foi realizada por meio de instrumento elaborado pelas autoras, contemplando informações como ano de publicação, delineamento do estudo, objetivos, principais achados clínicos e implicações assistenciais, utilizadas para orientar a análise descritiva e a síntese dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados dez artigos científicos, incluindo estudos de caso e estudos transversais, que abordaram o sangramento uterino em mulheres em idade reprodutiva. Os dados evidenciaram que, diante desse quadro clínico, dois principais desfechos podem ser observados: o obstétrico, quando o teste β -hCG da mulher é positivo ou o ginecológico, quando o teste é negativo, exigindo investigação específica (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA, 2023).

Em relação aos antecedentes obstétricos mais associados a GE, destacaram-se histórico anterior de gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica e extremos da idade materna, sendo a faixa etária mais recorrente para a ocorrência de gravidez ectópica concentrada entre os 35 e 45 anos de idade (CANCIAN *et al.*, 2023).

Por um outro lado, também foi possível observar a ocorrência da gravidez ectópica intersticial (GEI) a qual representou cerca de 2% a 4% das gestações ectópicas, caracterizando-se pela implantação do embrião na porção intersticial da trompa de Falópio, sendo assim, observou-se também que essa região apresenta maior capacidade de distensão em comparação aos segmentos distais da tuba, o que pode postergar a rotura e atrasar o diagnóstico oportuno (JORGE *et al.*, 2025). Sendo assim, pode-se inferir a

importância da prática do Enfermeiro na avaliação sistematizada de sinais e sintomas sugestivos como dor abdominal intensa, sangramento uterino anormal e instabilidade hemodinâmica, bem como exerce o papel fundamental na percepção de fatores de risco obstétricos e ginecológicos, sendo capaz de, através da colheita do história prévia de gravidez ectópica, cirurgias tubárias, doença inflamatória pélvica, subsidiar a tomada de decisão clínica e a priorização do atendimento a gestante.

Dentre os principais fatores de risco identificados incluíram a cirurgia tubária prévia, salpingite ístmica nodosa, alterações estruturais da trompa associadas à endometriose, leiomiomas ou malformações uterinas, infecção pélvica, tabagismo, antecedente de gravidez ectópica e uso de técnicas de reprodução assistida (CANCIAN *et al.*, 2023; JORGE *et al.*, 2025).

Sobre as manifestações clínicas mais frequentemente descritas na literatura buscada foram: sangramento vaginal, dor abdominal de intensidade progressiva ou de início súbito e dor pélvica em baixo-ventre (CANCIAN *et al.*, 2023).

Já em relação à topografia da gestação ectópica, a localização tubária foi a mais prevalente, seguida pelas localizações ovariana e abdominal (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA, 2022). Quadros caracterizados por dor abdominal intensa associada a sangramento uterino volumoso e sinais de instabilidade hemodinâmica foram compatíveis com gestação ectópica rota, demandando abordagem cirúrgica imediata (JORGE, GOMES, AMARAL., 2025).

Acerca da busca de tratamento, não foi possível identificar protocolos terapêuticos padronizados específicos para a GEI, sendo a conduta individualizada de acordo com a idade gestacional, achados clínicos e ultrassonográficos, estabilidade hemodinâmica e desejo de uma futura gestação da paciente. Dentre os estudos analisa-

dos, pôde-se observar que o tratamento cirúrgico foi a escolha predominante nos casos de ruptura, instabilidade hemodinâmica, dor persistente ou saco gestacional com diâmetro superior a 40 mm, preferencialmente por via laparoscópica. Já a laparotomia, anteriormente considerada abordagem padrão, atualmente mostra-se restrita a situações de emergência ou limitação técnica (JORGE, GOMES, AMARAL, 2025).

Sendo assim, em casos específicos, com diagnóstico precoce, estabilidade hemodinâmica e baixos níveis séricos de β -hCG, observou-se a utilização do tratamento clínico com metotrexato, sobretudo em mulheres com desejo de preservação da fertilidade (CANCIAN *et al.*, 2023). Porém, devido ao quadro de evolução rápida para gestação ectópica rota, os dados demonstraram que, na prática clínica, parcela significativa das pacientes ainda é submetida a tratamento cirúrgico emergencial (BROGNI & ROIAS, 2022).

A idade materna média das mulheres incluídas nos estudos foi de 30 a 45 anos, com variação entre 15 e 55 anos. (ROLNIK *et al.*, 2010). Foi encontrado uma maior frequência de casos concentrada na faixa etária de 26 a 30 anos, seguida pelos grupos de 31 a 35 anos e 36 a 40 anos.

Dentre os achados acerca do tratamento, o tratamento clínico da gestação ectópica íntegra com metotrexato, mostrou taxa de sucesso de 83,6%, sendo necessária uma segunda dose da medicação em nove casos. Os níveis iniciais de β -hCG superiores a 5.000 mUI/mL avaliados associaram-se a menor chance de sucesso terapêutico, enquanto o tamanho da massa anexial e a presença de líquido livre na cavidade abdominal não apresentaram impacto significativo nos desfechos; de forma geral, a maioria das perdas gestacionais ocorreu no primeiro trimestre, com baixa prevalência de antecedentes de

malformação fetal e predominância de primeira perda gestacional (CANCIAN *et al.*, 2023).

Portanto, os resultados obtidos através da literatura científica reafirmam a importância da abordagem sistemática do sangramento uterino em mulheres na menacme, independentemente da presença de atraso menstrual, utilizando o teste de gravidez como ferramenta inicial para diferenciação entre causas ginecológicas e obstétricas, incluindo aborto espontâneo e gravidez ectópica.

CONCLUSÃO

A gravidez ectópica caracteriza-se por como uma condição de alta relevância clínica e também assistencial, na medida em que representa uma importante emergência obstétrica referentes a riscos significativos à saúde e à vida da mulher de forma integral. Em decorrência da investigação dos estudos selecionados anteriormente, torna claro que a identificação precoce

dos sinais e sintomas, aliado ao uso adequado de exames complementares, como a dosagem seriada do beta-hCG e a ultrassonografia transvaginal, é de extrema relevância para a deliberação do diagnóstico, assim como para a predição da conduta mais segura para a mulher. Nota-se que fatores de risco como antecedentes obstétricos, doença inflamatória pélvica e faixa etária avançada estão frequentemente associados aos casos de gravidez ectópica, sublinhando a demanda de vigilância clínica.

Ademais, os achados demonstram que, mesmo mediante a presença de alternativas terapêuticas conservadoras em situações selecionadas, grande parte das mulheres ainda evolui para quadros graves que exigem intervenção cirúrgica de urgência, evidenciando a necessidade de uma equipe treinada, especialmente no âmbito da enfermagem, com foco não apenas no manejo adequado, mas no acolhimento e cuidado holístico frente aos possíveis danos biopsicossociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, P. G. *et al.* Caracterização das alterações histopatológicas das perdas gestacionais detectadas em um serviço de anatomia patológica de referência. *Revista Médica de Minas Gerais (Online)*, v. 34, p. e34109, 2024. DOI: 10.5935/2238-3182.2024e34109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 23/11/2025.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Estudo de validação das interações obstétricas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde para a vigilância da morbidade materna: Brasil, 2021–2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Rio de Janeiro, v. 33, p. e20231252, 2024. DOI: 10.1590/S2237-96222024v33e20231252.pt.

ELITO JÚNIOR, J. Gravidez ectópica. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. (Protocolo FEBRASGO – Obstetrícia, n. 22). Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/gravidez-ectopica.pdf>. Acesso em: 23/11/2025.

FURLANETTI, T. M.; PAULA, M. A.; STEIBEL, J. A. P. Gestação ectópica: diagnóstico e manejo. [S. l.]: Biblioref, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882358/gestacao-ectopica-diagnostico-e-manejo.pdf>. Acesso em: 23/11/2025.

GUIMARÃES, I. B. C. Gestação heterotópica trigemelar (gemelar tubária) espontânea: um relato de caso. Trabalho acadêmico apresentado à Coleção SUS – Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2022.

JORGE, I.; GOMES, H.; AMARAL, N. Gravidez ectópica intersticial: um caso raro. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v. 38, n. 5, p. 348–349, maio 2025. DOI:10.20344/amp.22545.

MENEZES, M. L. B.; *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: doença inflamatória pélvica. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 30, n. esp. 1, e2020602, 2021. DOI: 10.1590/S1679-4974202100011.esp1.

NUNES, R. D.; SOARES, L. B.; TRAEBERT, J. L. Um caso raro de gravidez ectópica tubária bilateral espontânea. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 49, n. 3, p. 154–161, 2020. DOI: 10.63845/4btptg70.

SANTOS, G. O. Vivências de mulheres sobre a gravidez ectópica. Dissertação — Universidade Federal da Bahia, Salvador - BA, 2021.

TOFANI, G. B. *et al.* O papel da ressonância magnética na distinção das gestações intersticial, cornual e angular. *Femina*, v. 48, n. 3, p. 173–176, 2020.