

## Gravidez ectópica, sintomas, tipos e riscos para a saúde: Uma revisão narrativa

### Ectopic pregnancy, symptoms, types and health risks: A narrative review

### Embarazo ectópico, síntomas, tipos y riesgos para la salud: Una revisión narrativa

Recebido: 22/08/2023 | Revisado: 06/09/2023 | Aceitado: 07/09/2023 | Publicado: 10/09/2023

#### Jhon Lennon Molena

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1560-3536>

Faculdades de Dracena – Fundação Dracense de Educação e Cultura, Brasil

E-mail: [jhon.sales@unifadra.fundec.edu.br](mailto:jhon.sales@unifadra.fundec.edu.br)

#### Marianna Endres Moreno

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9733-0687>

Faculdades de Dracena – Fundação Dracense de Educação e Cultura, Brasil

E-mail: [marianna.moreno@unifadra.Fundec.Edu.br](mailto:marianna.moreno@unifadra.Fundec.Edu.br)

#### Eunice Maria Zangari Nelli

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3315-8791>

Faculdades de Dracena – Fundação Dracense de Educação e Cultura, Brasil

E-mail: [eunice.nelli@docente.fundec.edu.br](mailto:eunice.nelli@docente.fundec.edu.br)

#### Resumo

A gravidez ectópica (G.E.) é caracterizada pela implantação e desenvolvimento do óvulo fora da cavidade uterina. A localização mais frequente é a tubária, embora possa ocorrer em ovário, colo do útero, cavidade abdominal ou cérvix, podendo causar grandes complicações. Os sinais e sintomas iniciais caracterizam-se pela dor pélvica intensa e hemorragia vaginal, podendo chegar a choque hemorrágico e ruptura tubária. Os exames como a dosagem sérica da fração ( $\beta$ -hCG) e a ultrassonografia transvaginal (USTV) ou endovaginal dependendo da idade gestacional são as formas de diagnóstico precoce, que fazem parte também dos protocolos de saúde da mulher no Brasil. O objetivo desta pesquisa foi de desenvolver uma revisão de literatura sobre a gravidez ectópica (G.E) para difundir conhecimentos teóricos sobre esta temática; entender a gravidez ectópica (G.E) e condições de risco e o diagnóstico e quadro clínico. A metodologia trata-se uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo. A gravidez ectópica (G.E) ainda é um desafio para a saúde pública e responde por uma parcela das mortes relacionadas ao período gestacional.

**Palavras-chave:** Gravidez ectópica; Gravidez tubária; Obstetria.

#### Abstract

Ectopic pregnancy (E.G.) is characterized by the implantation and development of the egg outside the uterine cavity. The most frequent location is the tubal, although it can occur in the ovary, cervix, abdominal cavity or cervix, and can cause major complications. Initial signs and symptoms are characterized by severe pelvic pain and vaginal bleeding, which may lead to hemorrhagic shock and tubal rupture. Exams such as serum dosage at reception ( $\beta$ -hCG) and transvaginal ultrasound (TVUS) or endovaginal ultrasound depending on gestational age are forms of early diagnosis, which are also part of women's health protocols in Brazil. The objective of this research was to develop a bibliographic review of the literature on ectopic pregnancy (EG) to disseminate theoretical knowledge on this topic; understand ectopic pregnancy (EG) and risk conditions and the diagnosis and clinical picture. The methodology is a qualitative bibliographic research. Ectopic pregnancy (E.G) is still a challenge for public health and accounts for a portion of deaths related to the gestational period.

**Keywords:** Ectopic pregnancy; Tubal pregnancy; Obstetrics.

#### Resumen

El embarazo ectópico (E.G.) se caracteriza por la implantación y desarrollo del óvulo fuera de la cavidad uterina. La localización más frecuente es la tubárica, aunque puede presentarse en ovario, cérvix, cavidad abdominal o cérvix, pudiendo ocasionar complicaciones importantes. Los signos y síntomas iniciales se caracterizan por dolor pélvico intenso y sangrado vaginal, que pueden provocar shock hemorrágico y ruptura de trompas. Exámenes como la dosificación sérica de la fracción ( $\beta$ -hCG) y la ecografía transvaginal (TVUS) o endovaginal según la edad gestacional son formas de diagnóstico precoz, que también forman parte de los protocolos de salud de la mujer en Brasil. El objetivo de esta investigación fue desarrollar una revisión bibliográfica de la literatura sobre el embarazo ectópico (E.G) para difundir conocimientos teóricos sobre este tema; comprender el embarazo ectópico (G.E) y las condiciones de riesgo y el diagnóstico y cuadro clínico. La metodología es una investigación bibliográfica cualitativa. El embarazo ectópico (E.G) sigue siendo un desafío para la salud pública y representa una parte de las muertes relacionadas con el período gestacional.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico; Embarazo tubárico; Obstetricia.

## 1. Introdução

A gestação ectópica tem sido caracterizada pela literatura como um processo de inserção do feto fora da região útero, portanto, é necessário a retirada do embrião para garantir a vida da mãe. De acordo com Fernandes e Lima (2018), por ser um processo patológico que necessita de diagnóstico prévio cada vez mais, a literatura tem discutido sobre a situação, bem como os riscos e tratamentos deste tipo de gravidez.

Baseando-se na literatura, compreende que a gravidez ectópica é decorrente do processo implantacional do blastocisto fora do útero, por exemplo, a gravidez ectópica tubária acontece nas tubas uterinas; a ectópica heterotópica se dá quando a implantação final ocorre nas trompas; temos também a gravidez ectópica abdominal e gravidez ectópica cervical ou GE ovariana (Alkatout, 2013; Bouyer, 2002).

Segundo Brasil e Alkatout (2013; 2013), considerando os tipos de gravidez ectópica, os dados epidemiológicos mostram que o tipo mais recorrente dos casos se dão na tuba uterina, com 95% dos casos, e incidência em crescimento, chegando a 1 para cada 80 a 100 gestações. Mediante este processo, o corpo tende a expulsar o feto e, quando não explorado a fundo as principais causas, não chega a ser contabilizado como gravidez ectópica (Bouyer, 2002).

De acordo com a literatura estudada, os sintomas são invisíveis e, na maioria dos casos, as gestantes nem suspeitam da gravidez, só no período entre a sexta e oitava semana de vida do processo gestacional que é quando ocorre sintomas como: dor abdominal; atraso no ciclo menstrual; sangramento vaginal, cólicas intensas (Bouyer, 2002).

Portanto, existem dois tipos principais de tratamento após o diagnóstico: o medicamentoso e o cirúrgico, dependendo da condição que se encontra o feto e da saúde da gestante. Na maioria dos casos, o tratamento é realizado por meio de fármacos, seleciona-se a via intramuscular. A escolha por esse tipo de tratamento está diretamente associada ao diagnóstico precoce da gravidez ectópica. Além disso, esse tratamento pode isentar a gestante de uma cirurgia, sendo que, a ação do fármaco induz ao processo do aborto e tem maior eficácia em fases iniciais da gravidez (Fernandes & Lima, 2018).

É importante mencionar que, a gravidez ectópica também pode contribuir para infertilidade feminina, em decorrência dos fármacos ou procedimentos cirúrgicos com a retirada das tubas uterinas. Desta forma, é importante a regularidade de consultar um ginecologista e obstetra, dado que é suma relevância para a manutenção da saúde da mulher e da gestação, quando a mesma é possível e passível de garantia de vida para ambos (Alkatout, 2013).

Os exames como a dosagem sérica da fração ( $\beta$ -hCG) e a ultrassonografia transvaginal (USTV) são formas de diagnóstico precoce, pois são protocolos de saúde da mulher no Brasil. Assim, o diagnóstico contribui diretamente para manutenção da saúde da mulher e da fertilidade como um todo.

Trata-se de um tema que merece bastante destaque, tendo como objetivo geral: descrever como ocorre a gravidez ectópica, sendo os objetivos específicos: desenvolver uma revisão bibliográfica de literatura sobre a gravidez ectópica para difundir conhecimentos teóricos sobre esta temática; entender a gravidez ectópica e condições de risco e o diagnóstico e quadro clínico.

### 1.1 Gravidez ectópica e condições de risco

A gravidez ectópica é uma doença na qual acontece quando o embrião, decorrente da fecundação dos gametas femininos através do espermatozoide é aderido e inicia seu desenvolvimento no exterior da cavidade do útero, sendo este considerado o lugar adequado em que teria de se firmar (Bouyer, 2002).

Na gravidez normal, o local correto onde o óvulo encontra o espermatozoide é na trompa e a fertilização ocorre também na trompa, então o óvulo fertilizado se torna um embrião, migra pela trompa e se distribui para a cavidade uterina a fim de se desenvolver. No entanto, devido a um problema com a trompa ou, menos comumente, com o próprio embrião, ele se fixa em outro local, resultando em uma gravidez ectópica (Sedicias, 2017).

Além disso, há outras condições de risco ao se tratar da gravidez ectópica, por exemplo: gravidez na faixa etária de 35 anos; gestação proveniente de FIV (fertilização *in vitro*); malformações uterinas; infertilidade; doenças inflamatórias pélvicas e entre outras. Nesta perspectiva, é de extrema importância diagnosticar precocemente, assim como o acompanhamento de um profissional especialista na área a fim de ser capaz de resolver essa patologia. E, conseqüentemente, medicar de modo mais efetivo e diretivo a cada situação, considerando as particularidades e necessidades de cada paciente (Brasil, 2013).

Tendo em consideração a necessidade do diagnóstico precoce, como também designar fundos públicos a fim de prevenir e tratar esse problema, principalmente ao considerar informações epidemiológicas nas quais destacam que a doença atinge em torno de 2,5% das mulheres e encontra-se propriamente ligada à questões como: gestações cesáreas anteriores, utilização do dispositivo intrauterino (DIU) e IST (como clamídia); endometriose; gravidez na faixa etária de 35 anos, gestação proveniente de FIV e entre outras (Santos & Souza, 2021).

Pesquisas mais atuais determinam que a quantidade de mulheres com chances de desenvolverem uma gravidez ectópica é em torno de 36 anos e 1 mês de vida. No entanto, ao levar em consideração no Brasil a faixa etária com maiores probabilidades de terem esse tipo de gestação é de 29 anos e 3 meses (Santos & Souza, 2021). Assim ao entender essa convergência, projetos de ajuda à saúde das mulheres serão mais encaminhados.

Portanto, sucedendo esse mesmo traço de pensamento, analisou-se que, em situações de gestações ectópicas cervicais (um fato totalmente raro), a literatura demonstra a precisão de desenvolver estudos, como também divulgar cientificamente casos clínicos na intenção de exteriorizar as fundamentais descobertas pertinentes ao assunto (Junior et al., 2020).

Ademais, existe uma ampla correspondência entre a analogia de tratamentos da gestação cervical e a do embrião que ainda não possui batimentos cardíacos. Índícios desse meio só medem a indiscutível necessidade de fomentar à investigação na área medicinal com base em evidências, assim como para aumentar os procedimentos e orientações legais empregados no contexto pátrio (Junior et al., 2020).

Observa-se ainda que entender as opiniões e concepções da mãe frente a difícil situação, bem como das inúmeras formas e métodos de tratamentos, contribuirá de modo direto na preservação do bem-estar da paciente e na continuação da gestação. E, desta forma, diagnosticar precocemente torna-se como uma das fundamentais ferramentas de promover a saúde e bem-estar (Silva et al., 2021).

Melo et al., (2021), ainda se referindo a gestação ectópica e do seu grau de complexidade ao se relacionar com questões biológicas e sociais, nota-se que diagnosticar com antecedência e os métodos adequados de tratamentos, encontram-se no ponto central de pesquisas, como também na redução das complicações. Ao entender as características de cada mulher grávida, será possível orientar um tratamento especificado, podendo ser medicamentoso e/ou cirúrgico (Rosa et al., 2021).

Todavia, apesar dos fundamentos trazidos por meio da bibliografia, vem a ser intrincado generalizar uma previsão baseando em fatalidades ou dados, visto que depende diretamente dos aspectos como: faixa etária, estado de saúde, patologias, aborto e etc... É exatamente por esse motivo que escolher a cirurgia, quando é dado o diagnóstico, se caracteriza como uma forma mais eficiente de impedir riscos de vida e a infertilidade da paciente grávida (Rosa et al., 2021).

Outra situação digna de destaque é a inclusão dos familiares no cenário da gravidez, em função de que existem os planejamentos familiares, diagnósticos precoces, conhecimentos referentes aos estágios gestacionais desde questões biológicas até as mais arriscadas, mais comunicação entre os integrantes da família (oferecendo apoio materno), investigação dos sintomas e intervenções clínicas para tratar a gravidez ectópica (Ulhoa, 2021). Ademais, a equipe multidisciplinar ao atuar de forma integrada e efetiva auxilia na oferta de instruções e amparo mais eficaz a paciente (Rosa et al., 2021).

## 1.2 Gravidez ectópica: diagnóstico e quadro clínico

Na gestação ectópica a gestante tem a possibilidade de manifestar um quadro clínico acompanhado de dores, sangramentos vaginal e falta de menstruação, bem como dores inespecíficas no abdômen que podem causar ânsia de vômito, enjoos e até sintomas mais severos, por exemplo peritonite e choques hemorrágicos (Mol et al., 2008).

No entanto, uma detecção precoce é esporadicamente alcançada apenas com a realização de exames clínicos completos, tendo a necessidade de métodos de imagens, cada vez mais eficazes e fundamentais, ligados a dosagem quantitativa de beta-hCG a fim de firmá-la. Outrossim, um terço de grávidas com G.E (gravidez ectópica) não demonstram indícios clínicos e inclusive 10% também não mostram indicativos (Kaplan et al., 1996).

Os indícios e sintomas conduzem a detecção precoce, porém a USG TV (ultrassonografia transvaginal) é considerada o fundamental método para diagnosticar a mulher clinicamente estável que apresenta hipótese de gestação ectópica. Além disso, um índice de 73,9% da classe feminina é diagnosticada com esse tipo de gestação por meio dessa ultrassonografia quando é realizada a primeira avaliação, já 94% ocorre o diagnóstico anteriormente ao tratamento cirúrgico (Condous, 2004).

Desta forma, utilizar a ultrassom transvaginal para realizar diagnósticos, com base na visibilidade da G.E, comprovou superioridade em relação a ultrassom pélvica transabdominal, evidenciando maior sensibilidade nas primeiras pesquisas – de 77% no que se refere a transabdominal e 88 a 90% na transvaginal (Valenzano et al., 1991).

Aprimorando os conhecimentos referente ao assunto e a melhoria na ferramenta técnica, fez com que aumentasse em grande escala o fator da sensibilidade. É fundamental, no entanto, identificar que a sensibilidade é importante, porém não plena, pois algumas situações de gravidez ectópica poderá não ser detectada na primeira ultrassonografia (Kirk et al., 2014).

Uma pesquisa prospectiva com uma quantidade de cinco mil indivíduos do sexo feminino, sendo 120 com uma gestação ectópica tubária, evidenciou que 73,9% foi possível visualizar na ultrassonografia transvaginal, os demais casos que restaram não demonstraram nenhum indício de G.E e, assim, classificaram-se como GLD (gravidez de localização desconhecida), definida no momento que são levantadas hipóteses de gravidez, porém não dá para visualizar a estrutura embrionária intrauterina ou extrauterina. Maior parte das gravidezes ectópicas foi possível detectar através de avaliações subsequentes (anteriormente ao procedimento cirúrgico), atingindo no ultrassom transvaginal o índice de 98,3% de sensibilidade integral (Kirk et al., 2007).

Os indícios por meio de ultrassonografias de gestação ectópica variam, podendo ser sua especificidade maior ou menor, equivalendo estes: vista do pseudosaco gestacional, líquido livre na cavidade abdominal, massas anexiais móveis separadas dos ovários. No momento que detecta esse tipo de gestação por meio do método transvaginal, o diagnóstico é obtido, o próximo exame procura classificar a probabilidade; uma G.E possível é determinada no momento que os batimentos cardíacos são visualizados em averiguação (Barnhart et al., 2011).

A dosagem do beta-hCG compõe um instrumento que ajuda a diagnosticar a gestação ectópica, visto que é possível distinguir a gravidez viável da ectópica em razão de que a dosagem do beta-hCG é previsível no começo da gravidez tópica. A detecção do  $\beta$ -HCG no sangue da gestante ocorre entre o oitavo e décimo primeiro dia, depois da etapa de ovulação, tendo o valor entre 50 a 100 mUI/mL (Barnhart et al., 2011).

Sobre a gravidez tópica, geralmente os valores dobram no período de 14 a 21 dias depois do começo da gravidez, alcançando um nível de 50.000 a 100.000 mUI/mL, no prazo de dez semanas depois de descobrir a gestação. Como forma de avaliar, faz uso da ultrassonografia seriada com intermitência de 2 dias, no momento que a duplicação almejada numa gravidez viável é notada, adquire-se o sinal positivo de gestação, indício no qual é associado ao visualizar o saco gestacional intrauterino. Uma elevação baixa é capaz de ter compatibilidade com a gravidez tópica e a ampliação mínima em 53% no prazo de 48 horas, pode-se observar uma elevada porcentagem (99%) desse tipo de gestação. Caso o índice seja abaixo desse valor, provavelmente que não seja uma gravidez tópica (Bennett et al, 2014).

Um outro fator é que o número total do beta-hCG é fundamental e utilizado para os diagnósticos, superior de 1.000 a 1.500 mUI/mL (valor mínimo de beta-hCG no sangue) relaciona-se a gestação ectópica que é mostrada na ultrassonografia transvaginal. Apesar de que isso seja proveitoso, em alguns casos a gravidez identificada no exterior da zona discriminatória tem a probabilidade de não ser ectópica, assim a partir do momento que a *diagnose* não é clara, em geral é preferivelmente continuar observando até adquirir um diagnóstico concreto (Jurkovic & Wilkinson, 2011).

Destarte, a junção da dose quantitativa do beta-Hcg e a ultrassom transvaginal dispõe de elevada especificidade, sendo 95% e a sensibilidade equivalente à 97%, ocasionando em exames mais prévios e possibilitando alternativas de procedimentos médicos mais concretos, antes de ocorrer o rompimento tubário, deste modo, diminuindo a mortalidade ligada a esta patologia (Brito et al, 2009).

Em razão do elevado VP (valor preditivo) do ultrassom, a laparoscopia como procedimento imprescindível não vem a ser mais usada, visto que não é mais possível visualizar a G.E através da ultrassonografia transvaginal, mesmo que seja manuseada por um profissional experiente, a probabilidade de ver vista na laparoscopia é extremamente reduzida. Numa pesquisa com 4,5% de indivíduos do sexo feminino, foi possível detectar uma gravidez ectópica depois de realizar o procedimento de laparoscopia (Condous, 2004).

Em síntese, no que concerne à avaliação cirúrgica, esta é principalmente reservada às mulheres que demonstram indícios de dor abdominal aguda, como também perda de extrema quantidade sanguínea e de líquidos. Uma segunda alternativa de intervenção médica acontece no momento que a paciente com uma gravidez em área desconhecida até o momento torna-se sinalizadora. No entanto, maior parte dos procedimentos cirúrgicos mediante a gestação ectópica hoje em dia são feitos com uso de medicamentos depois do diagnóstico pela ultrassonografia transvaginal (Jurkovic & Wilkinson, 2011).

### **1.3 Tipos de gestação ectópica, tratamento clínico e cirúrgico**

Na maioria das situações de gestação ectópica, acontece em razão de fatores que impedem ou causam danos na movimentação natural dos óvulos pelas trompas de Falópio até o ventre.

Em relação a gestação ectópica abdominal, acontece no momento que o embrião inicia seu desenvolvimento na cavidade do abdômen ou se adota na parte intestinal, da uretra e dentre outros órgãos. Acontece em 1,4% quadros de gravidez ectópica (Pisarka & Carson, 1999).

A forma de tratamento adotada é por meio da intervenção cirúrgica. Numa gestação superior a vinte e seis semanas, caso os sintomas permitam, é possível esperar a maturidade pulmonar do feto ou compeli-la com o uso de corticosteroides antes de retirar o embrião. Retirar a placenta na maioria das situações não é uma tarefa fácil, visto que é possível deixar no abdômen a fim de seja reabsorvida ou removê-la em uma segunda ocasião (Corrêa, 1988).

Já a gravidez ectópica cervical acontece na ocasião em que o embrião se fixa no colo uterino e acomete 0,15% de mulheres gestantes. A forma de tratamento é clínica com o uso do MTX (metotrexato) (Pisarka & Carson, 1999). A D&C (dilatação e curetagem) não se mostram apropriadas para mulheres que ainda possuem vontade de engravidar, uma vez que a hemorragia excessiva, por causa do acretismo placentário e a incompetência istmo-cervical, de modo frequente apontam a precisão de histerectomia (Corrêa, 1988).

Por fim, no que tange a gestação ectópica ovariana, ocorre na situação que o embrião se instala nos ovários e atinge 0,15% das mulheres. O embrião, consecutivo da etapa de fecundação se adota e inicia o desenvolvimento no exterior da cavidade do útero, lugar adequado no qual teria de se firmar (Pisarka & Carson, 1999).

No que diz respeito ao tratamento da gestação ectópica, antigamente era na maioria das vezes adotado o método cirúrgico. Hoje em dia, em alguns casos é possível adotar o método clínico. Nessa metodologia clínica, adotada desde o ano

1980, vem adquirindo mais e mais lugar entre as alternativas de tratamento para essa patologia, apresentando-se como opção útil aos métodos cirúrgicos clássicos usados. À medida que possui boa indicação, seu valor será menor e relativamente eficaz, com elevadas chances de sucesso e preservação do porvir de reprodução da mulher.

Vários fármacos e esquemas terapêuticos vem sendo usados. O MTX (metotrexato), adversário do folacina (de caracterizada atuação trofoblástica) tem equivalido ao fármaco de maior seleção no mundo atual. A administração de dose usual (50mg/m<sup>2</sup> - 1mg/kg IM) é a mais usada, principalmente em razão de demonstrar menor efeito colateral em comparação à numerosas quantidades, que mostram, porém, altos índices de resultados (93% alternativamente a 88% na metá análise atual) (Junior et al., 2008).

Na administração de dose usual, se os índices de beta-hCG não baixarem no mínimo 15% dentre o 4º e 7º dia ou 15% a cada semana, deverá administrar uma nova quantia do medicamento. Os percentuais de acerto do tratamento consistem essencialmente do nível de gonadotrofina coriônica humana (Junior et al., 2008).

Em uma pesquisa randomizada atual, tratar com dose única de metotrexato trouxe menor índice de resultados no que concerne a salpingectomia. Não aconteceu diferenças significativas nos índices de sucesso dentre esse procedimento e o tratamento com numerosas quantidades de metotrexato (Junior et al., 2020).

A determinação de indicação e contraíndicação para a terapia medicamentosa da gravidez ectópica e seu método de implementação ainda está em discussão. Informações oriundas de pesquisas randomizadas necessitam de dados precisos acerca do procedimento da gravidez ectópica (clínico e/ou cirúrgico) no que concerne ao percentual recorrente e potencial da fecundidade no futuro. Não há congruência a respeito do valor referencial concreto de que o beta-hCG e metotrexato possuem contraíndicações (Pereira, 2001).

Os aspectos favoráveis de tratar com o fármaco metotrexato são: estabilização hemodinâmica; falta dos indícios clínicos de ruptura tubária; beta-hCG preliminar menos que 5 mUI/ml e ausência de crescimento maior que 60% nos últimos dois dias; exames clínicos sem alterações (hemogramas, coagulogramas), enzimas hepáticas e renais, ultrassom apresentando o comprimento das massas anexiais; falta de dúvidas do diagnóstico; chances de os pacientes retornarem em casos de rotura uterina (Bangsgaard et al., 2003).

Os fatores desfavoráveis e não indicados ao usar o metotrexato, baseiam-se em: lactação; gestação tópica; indícios de doenças que afetam o sistema imunológico; patologias hematológicas; sensibilidade ao medicamento ou componentes de MTX; doenças pulmonares ativas; úlceras pépticas; disfunções renais ou hepáticas e entre outros (Bangsgaard et al., 2003).

Em referência ao tratamento cirúrgico, aborda todos as técnicas mais conservadoras até a laparotomia exploradora da condição hemodinâmica da paciente, lugar de implantação e vontade de engravidar. A cirurgia laparoscópica ao ser comparada a laparotomia dispõe de diversos benefícios: é possível usar em cirurgias radicais e conservadoras, no geral há mais redução das dores depois da cirurgia e período de internação, menor perda de sangue, cura mais acelerada, menor custo e melhores resultados estéticos (Grimes, 1994; Pereira, 2001).

O procedimento laparoscópico é contraíndicado em situações de hipotensão, adiposidade e aspectos anatômicos não favoráveis. Outra contraíndicação é a existência de gravidez ectópica intersticial e composição equivalente ou superior a 5 centímetros (Grimes, 1994).

Já a laparotomia é destinada à paciente com extensa hemorragia interna intraperitoneal, falta de disponibilidade da equipe capacitada, coagulação intravascular, difícil visualização pélvica na hora do procedimento laparoscópico.

A maior contradição no procedimento cirúrgico de G.E é dentre a alternativa do método de salpingectomia e a salpingostomia (Pereira, 2001). Na paciente que não possui o desejo de engravidar com receio do tipo de gestação que passou ou em situações de rotura da tuba, é indicado o procedimento salpingectômico, isto é, remoção integral da tuba uterina.

O segundo método mencionado é indicado em circunstâncias nas quais tem intenção de conservar a fecundidade. Os principais métodos são salpingostomia linear (procedimento realizado quando a gestante deseja manter-se fértil) e salpingectomia parcial (não retira totalmente as três partes das trompas) (Breen, 1970).

Por fim, ainda é tema de discussão a eficácia do método conservador (salpingostomia) do que do radical (salpingectomia) em condições de uma futura gestação, em virtude especialmente a soluções discrepantes e à falta de pesquisas demonstram essa questão. Ainda assim, maior parte dos teóricos preconizam o uso da salpingostomia em mulheres que possuem a vontade de ficarem grávidas (Bangsgaard et al., 2003).

## **2. Metodologia**

Buscou-se na revisão narrativa as principais recomendações para gravidez ectópica, com base nos dados epidemiológicos do Brasil. Para nortear o presente estudo, baseamos na questão sobre como diagnosticar e tratar a gravidez ectópica.

De acordo com Rother (2007, p. 1) “as revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação”.

Desta forma, a revisão narrativa não usa por critério explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura, pois a procura pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações. Não possui necessidade de aplica estratégia de busca sofisticada e exaustivas. O processo de estudos e a interpretação pode estar sujeitas a subjetividade dos autores.

Foi realizada uma pesquisa de forma narrativa, embasada em livros, revistas e bibliotecas virtuais. O estudo possui as características de natureza qualitativa e de caráter descritivo. A pesquisa qualitativa tem por objetivo analisar e interpretar de forma detalhada o comportamento humano, ou seja, na maioria das vezes, utiliza-se instrumentos de coleta não estruturados.

Sendo assim, na revisão narrativa, buscou-se identificar as publicações existentes em quatro importantes bases de dados: Cochrane, PubMed, Lilacs e SciELO. Foram identificados por meio de busca eletrônica nos bancos de dados, considerando qualquer artigo nos idiomas: inglês, espanhol e português, sendo excluídos os artigos publicados nos demais idiomas. Os descritores na estratégia de busca foram: “Gravidez Ectópica”, “Gravidez tubária,” “Obstetrícia”. Os trabalhos foram lidos e avaliados - verificando se preenchiam os critérios de inclusão.

### 3. Resultados e Discussão

Apresentaremos na tabela a seguir, o estado do conhecimento sobre a temática deste estudo.

**Quadro 1** - Classificação da literatura selecionada, segundo autor, ano de publicação, título do estudo e principais conclusões.

AUTOR	ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO DO ARTIGO	TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
BANGSGAARD, N., LUND, C. O. BENT, O. & LISBETH, N.	2003	Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy	Retrospective cohort study combined with questionnaire	To evaluate fertility after salpingectomy or tubotomy for ectopic pregnancy. The cumulative intrauterine pregnancy rate was significantly higher after tubotomy (88%) than after salpingectomy (66%) (log rank $P < 0.05$ ) after correction for confounding factors.
BARNHART, K. et al.	2011	Pregnancy of unknown location: a consensus statement of nomenclature, definitions, and outcome.	Review of literature	To improve the interpretation of future studies in women who are initially diagnosed with a pregnancy of unknown location (PUL), we propose a consensus statement with definitions of population, target disease, and final outcome.
BENNETT, D., DORNAN, T., BERGIN, C. & HORGAN, M.	2014	Postgraduate training in Ireland: expectations and experience.	Estudo de caso Dutch Residency Education Climate Test (D-RECT)	The aim of this study was to use a validated tool, to examine the expectations and experience of training, amongst those training under the Royal College of Physicians of Ireland (RCPI). Experience fell short of expectations for basic specialist training, however, scores for experience rose with greater seniority to match expectations. Positive aspects were teamwork, consultant willingness to discuss patients and respectful treatment of trainees. Areas of weakness were provision of feedback and time to learn new skills
BOUYER, J., COSTE, J., FERNANDEZ, H., POULY, J.L. & JOB-SPIRA, N.	2002	Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases	Estudo de caso	EP sites were interstitial (2.4%), isthmic (12.0%), ampullary (70.0%), fimbrial (11.1%), ovarian (3.2%) or abdominal (1.3%). No cervical pregnancies were observed. Complications and treatment depended on the site of EP. In multivariate analysis, the only risk factor associated with EP site was current use of an intrauterine device (IUD), which was more frequent in distal EP. The 2 year cumulative rate of subsequent spontaneous intrauterine pregnancy (IUP) increased progressively from interstitial to ovarian EP. Fair concordance (weighted kappa = 0.31) was observed between the sites of two successive EP if they were homolateral.
BRASIL. Ministério da Saúde	2013	Atenção ao pré-natal de baixo risco	Estudo de caso	Este caderno está inserido no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam apoiar as equipes de atenção básica (EAB) na qualificação do cuidado e na articulação em rede. Constitui-se em uma ferramenta que, somada à capacidade das equipes e dos gestores, pode contribuir para a contínua melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (AB).
BREEN, J.L.	1970	A 21 year study of 654 ectopic pregnancies	Estudo de caso	Six hundred and fifty-four patients with an ectopic pregnancy seen during a 21 year span were surveyed. The ratio of ectopic pregnancies to deliveries was 1 to 87, the largest number occurring in multiparous patients in the 26 to 30 year age bracket. The diagnosis was initiated by culdocentesis in the majority of patients. Eighty per cent of the tubal pregnancies were ruptured and therapy consisted, primarily, of a total salpingectomy. A small percentage of pregnancies were in rare anatomic sites, i.e., abdominal (1.4 per cent), uterine (0.7 per cent) and ovarian (0.15 per cent). There were three maternal deaths in this series. Etiologically, a histopathologic survey of 320 Fallopian tubes revealed varying degrees of inflammatory change consisting primarily of follicular salpingitis (18 per cent), interstitial salpingitis (16 per cent), and hydrosalpinx (8 per cent). The need for continuing early diagnosis was stressed, for from 1959 to 1963, 505 women in the United States died from an ectopic pregnancy.-

BRITO, M.B. et al.	2009	Tratamento clínico da gravidez ectópica com metotrexato.	Estudo diagnóstico	O tratamento clínico medicamentoso com o metotrexato, um antagonista do ácido fólico altamente tóxico a tecidos em rápida replicação, é bastante utilizado em gestações ectópicas íntegras, adequadamente selecionadas. Muitos estudos vêm sendo realizados a fim de tentar definir quais grupos de pacientes se beneficiariam desse tratamento e, qual seria o melhor esquema de administração dessa droga, com redução dos efeitos colaterais e melhores taxas de sucesso.
CONDOUS, G. et al.	2004	The use of a new logistic regression model for predicting the outcome of pregnancies of unknown location	Estudo diagnóstico	Data were collected prospectively from 185 consecutive women classified as having a PUL by transvaginal scan; blood was taken at presentation and 48 h later to measure serum progesterone and HCG. These women were followed-up until the outcome was established: an intrauterine pregnancy (IUP), an ectopic pregnancy (EP) or a failing PUL. A total of 102 failing PULs, 63 IUPs and 20 EPs were used in the training set to develop the new models. The best of these models, M3, gave a retrospective area under the receiver operating characteristic (ROC) curve of 0.984 for failing PUL, 0.995 for IUP and 0.920 for EP. All three models were tested prospectively on the test set of 196 cases. M1 outperformed M2 and M3 when tested prospectively. The area under the ROC curve (AUC) was 0.975 for failing PUL, 0.966 for IUP and 0.885 for EP. M1, for the detection of EP, had a sensitivity of 91.7%, a specificity of 84.2%, a positive likelihood ratio of 5.8, a positive predictive value of 27.5% and a negative predictive value of 99.4%.
COSTACOI, T.	2021	A Gravidez Ectópica e o contraceptivo oral emergencial	Estudo bibliográfico	A gravidez ectópica (GE) ocorre em local extrauterino, por diversas causas, caracterizando os maiores índices de mortalidade materna no primeiro trimestre gestacional e em muitos casos, necessita de tratamento cirúrgico e/ou emergencial. O presente estudo reflete acerca de sua ocorrência após o uso do contraceptivo oral de emergência.
FERNANDES, K.V.M.L. & LIMA, CB.	2018	Gravidez ectópica: reflexões acerca da assistência de enfermagem	Estudo bibliográfico	O estudo evidenciou a importância do diagnóstico precoce, realização de exames adequados e qualificação profissional para orientar e acompanhar a gestante, desde a descoberta da gravidez ectópica até sua resolução, seja pela utilização de medicamentos, até a curetagem ou histerectomia, dependendo de cada caso. A partir dos resultados, infere-se que as complicações causadas pela gravidez ectópica podem levar as gestantes à morte, ressaltando o papel fundamental do enfermeiro, orientando essas mulheres quanto a ajudar a equipe do pré-natal no devido tratamento.
DAVID, A. & GRIMES, M.D.	1994	The morbidity and mortality of pregnancy: still a risk business	Revisão	This review summarizes recent national data from the U.S. Centers for Disease Control and Prevention, including vital statistics from the National Center for Health Statistics. Ectopic pregnancy is substantially more dangerous (38 deaths/100,000 events) than either childbirth (nine) or legal abortion (less than one). The three leading causes of maternal death today are pregnancy-induced hypertension, hemorrhage, and pulmonary embolism. Although comprehensive data on pregnancy-related morbidity are lacking, about 22% of all pregnant women are hospitalized before delivery because of complications.
JUNIOR, E. et al.	2008	Gravidez ectópica não rota: diagnóstico e tratamento. situação atual	Revisão	O diagnóstico não invasivo da gravidez ectópica deve ser realizado precocemente, antes de ocorrer a ruptura tubária, combinando a ultra-sonografia transvaginal com a dosagem da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico. Diversas opções de tratamento podem ser utilizadas. Devemos respeitar as indicações tanto das intervenções cirúrgicas como do tratamento clínico. A laparotomia está indicada nos casos de instabilidade hemodinâmica. A laparoscopia é a via preferencial para o tratamento da gravidez tubária.
JUNIOR, L.A.S.V. et al.	2020	Abortamento incompleto na gravidez ectópica cervical: um relato de caso	Estudo de Caso	A gravidez ectópica cervical representa 0,1% das gestações e menos de 1% das implantações ectópicas. Caracteriza-se por sangramento vaginal volumoso no 1º trimestre e o diagnóstico se dá por $\beta$ -hCG positivo e ultrassonografia transvaginal (USTV) ou ressonância magnética (RM).
JURKOVIC, D. & WILKINSON, H.	2011	Diagnóstico e tratamento da gravidez ectópica	Revisão	A prevalência da gravidez ectópica é de 1-2% e é uma importante causa de morbidade e mortalidade materna. Considerar gravidez ectópica em todas as mulheres grávidas que apresentam dor abdominal ou sangramento vaginal. Mulheres com histórico de gravidez ectópica, cirurgia tubária ou patologia tubária correm maior risco, assim como aquelas que tiveram laqueadura tubária ou que possuem um dispositivo anticoncepcional intrauterino instalado. Uma ultrassonografia transvaginal é o melhor teste para diagnosticar a gravidez ectópica.

KAPLAN, B.C. et al.	1996	Ectopic pregnancy: prospective study with improved diagnostic accuracy	Estudo de Caso	Pregnant women with abdominal pain or vaginal bleeding received $\beta$ -hCG values; positive radioimmunoassays prompted ultrasonography; indeterminate ultrasonography findings resulted in admission. Thirteen percent of patients had confirmed EPs; 99.5% of patients discharged from the ED had documented IUPs. Transvaginal sonography in the ED established EP or IUP in 75%. For EP detection, sonography is 69% sensitive and 99% specific. Single $\beta$ -hCG levels are useful in predicting EP; a $\beta$ -hCG value of 1,000 mIU/mL or lower shows a fourfold higher risk of EP. History and physical examination do not reliably diagnose or rule out EP; of EP patients, 9% reported no pain and 36% lacked adnexal tenderness.
KIRK, E.; BOTTOMLEY, C. & BOURNE, T.	2014	Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location	Pesquisa direcionada	Using TVS to diagnose EP is highly sensitive (87–99%) and specific (94–99.9%). Variations exist in the criteria used for ultrasound diagnosis. Studies report that between 5 and 42% of women seen for ultrasound assessment with a positive pregnancy test have a PUL. For PUL, measurements of serum human chorionic gonadotrophin (hCG) and progesterone are used to predict pregnancy viability and therefore give an indication of the risk of an EP. Only 6–20% of PUL are subsequently diagnosed with EP. Non-tubal EPs are relatively uncommon, difficult to diagnose and result in disproportionate morbidity and mortality.
KIRK E. et al	2007	A eficácia diagnóstica de uma varredura transvaginal inicial na detecção de gravidez ectópica	Observational study	During a one-year study period, 5318 consecutive women attended the EPU. Outcome data were available for 5240 (98.5%) women. Of these, the initial TVS showed an IUP in 4693 (89.6%) cases and an ectopic pregnancy in 91 (1.7%) cases. The remaining 456 (8.7%) women were classified as PUL, and of these 31 (6.8%) were subsequently found to have ectopic pregnancies.
MELO, C.S.B. et al.	2021	Gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: série de casos com três possibilidades terapêuticas diferentes	Casos clínicos	Ela não exibe manifestação clínica específica, o que dificulta o diagnóstico e não apresenta tratamento preconizado, embora esteja associada a grandes complicações obstétricas como hemorragia incoercível, acretismo placentário e rotura uterina. Dessa forma, o presente artigo relata três casos clínicos em que diferentes tratamentos foram propostos, objetivando discutir algumas possibilidades terapêuticas como a aspiração manual intrauterina (AMIU) associada com o uso de metotrexato, laparoscopia e laparotomia, comparando os resultados encontrados.
MOL, F. et al	2008	Current evidence on surgery, systemic methotrexate and expectant management in the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis	Ensaio clínico	Laparoscopic salpingostomy was significantly less successful than the open surgical approach (relative risk, RR 0.9, 95% CI 0.82–0.99) due to a higher persistent trophoblast rate, but was significantly less costly. A prophylactic single shot methotrexate (MTX), given intramuscularly (i.m.) immediately post-operatively, significantly reduced persistent trophoblast after laparoscopic salpingostomy (RR 0.89, 95% CI 0.82–0.98, number needed to treat of 10). With systemic MTX in a fixed multiple dose i.m. regimen the likelihood of treatment success was higher than with laparoscopic salpingostomy (RR 1.15, 95% CI 0.93–1.43), but the difference was not significant. Systemic MTX in a fixed multiple dose i.m. regimen was only cost-effective if serum human chorionic gonadotrophin (hCG) concentrations were <3000 IU/l. If serum hCG concentrations were <1500 IU/l, then the single-dose MTX i.m. regimen—if necessary with additional MTX injections—was also cost-effective. Expectant management could not be evaluated yet. Subsequent fertility did not differ between the interventions studied.
PEREIRA, P.P.	2021	Qual a melhor conduta na prenhez ectópica	Revisão	Atualmente, o tratamento clássico em casos de PE é o tratamento cirúrgico. Desde que a paciente manifeste desejo reprodutivo, a cirurgia de escolha, na maioria dos serviços, recai sobre a salpingostomia. Ao se analisar as taxas de gestação futura, a cirurgia conservadora mostra-se levemente superior em relação a cirurgia radical (53% X 49,3%), porém a recorrência de PE é maior após cirurgia conservadora (14,8% X 9,9%) <sup>1</sup> . Parece que além do tipo de cirurgia, outros fatores também influenciam nas taxas de gravidez futura, a saber: esterilidade prévia, estado da trompa contralateral e presença de aderências. Algumas situações impõem o tratamento radical (salpingectomia) como: sangramento incontrolável, PE recorrente na mesma trompa, lesão tubária extensa, PE maior ou igual a 5 cm e ausência de desejo reprodutivo.
PISARKA M.D & CARSON A.S.	1999	Incidência e fatores de risco para gravidez ectópica	Revisão	In the United States, the prevalence of risk factors for ectopic pregnancy are increasing, accounting, in part, for the increased ectopic pregnancy incidence. <sup>1</sup> Further, the increased incidence of ectopic pregnancy may be the result of earlier diagnosis, with the use of sensitive pregnancy tests and transvaginal ultrasound detecting some ectopic pregnancies that in the past may have resolved spontaneously before diagnosis

ROSA, A.A.S. et al.	2021	Gravidez ectópica rota e COVID-19: um relato de caso	Relato de caso	A gravidez ectópica é a principal causa de morte materna no primeiro trimestre de gestação, necessitando de diagnóstico e manejo precoces. Durante a pandemia de Covid-19, esse tipo de emergência obstétrica tem tido seu diagnóstico atrasado devido ao receio de procurar atendimento e se expor ao vírus. Descreve-se o caso de paciente de 38 anos, apresentando clínica de abdome agudo, sangramento vaginal e sintomas gripais, diagnosticada então com Covid-19 e gestação ectópica rota.
SANTOS, V. S. V. & SOUZA, G. S.	2021	A incidência de uma gravidez ectópica e sua relação com o quadro de infertilidade	Levantamento Epidemiológico	Dos 30 dados epidemiológicos, foi observado que a idade média das mulheres é 36,1 anos, porém a idade média do desenvolvimento da GE foi de 29,3 anos. Seguindo o mesmo viés 17 mulheres passaram por procedimento cirúrgico para correção, em contrapartida 13 utilizaram administração de fármaco injetável local ou sistêmica de Metotrexato. Além disso, apenas 1 apresentou recidiva de GE e, 19 engravidaram normalmente. Todavia, 10 mulheres removeram Trompas de Falópio e Ovário assim, desenvolvendo um quadro de infertilidade. Sugere-se que o desenvolvimento de uma GE é um fator de risco para ocorrência de infertilidade, uma vez que não diagnosticada nos períodos iniciais, os tratamentos realizados são altamente invasivos e arriscados, como cirurgias de remoção de estruturas anatômicas e complicações advindas dos procedimentos.
SEDICIAS, S.	2021	Gravidez tubária (nas trompas): o que é, causas, sintomas e tratamento	Revisão	Alguns fatores podem favorecer o desenvolvimento da gravidez tubária, como infecções sexualmente transmissíveis, endometriose ou já ter feito uma laqueadura, por exemplo. Normalmente, esse tipo de gravidez é identificada até as 10 semanas de gestação numa ultrassonografia, porém pode também ser descoberta mais tarde.
SILVA, I.N.V.P. et al.	2021	Main risks and importance of treatment related to ectopic pregnancy	Revisão integrativa	This is an integrative literature review, a study of knowledge synthesis based on the analysis of available evidence, in a systematic and rigorous way. The guiding question of this study was: What are the main risks and importance of treatment related to ectopic pregnancy? The research included: complete articles available free of charge, languages in Portuguese, English and Spanish. Excluding duplicate, unavailable and incomplete articles, with a time frame from 2014 to 2021.
ULHOA, AF et al.	2021	Gravidez ectópica segmentar com 21 semanas de idade gestacional: um relato de caso	Estudo de Caso	A implantação e o desenvolvimento da gestação na cicatriz de cesárea prévia é uma forma rara de gravidez ectópica com potencial risco de vida. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado, podem prevenir as complicações. O tratamento deve ser individualizado pois depende de diversos fatores e varia em conduta expectante, medicamentosa e cirúrgica.
ALKATOUT, I. et al.	2013	Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy	Diagnostic and therapeutic modalities	<i>Surgical treatment:</i> Tubal pregnancies: (1) to preserve tubal function, salpingotomy, partial salpingectomy followed by laparoscopic anastomosis, or fimbrial milking is performed. (2) Tubectomy or salpingectomy is performed only in severely damaged or ruptured tubes or if the patient does not desire further pregnancies. Nontubal ectopic pregnancies (ovarian pregnancy, ectopic abdominal pregnancy, interstitial or cornual pregnancy/rudimentary horn, intraligamentary and cervical pregnancies) all require their own specific treatment.
BOUYER, J. et al.	2002	Sites of ectopic pregnancy: a 10 years population-based study of 1800 cases	Estudo de caso	EP sites were interstitial (2.4%), isthmic (12.0%), ampullary (70.0%), fimbrial (11.1%), ovarian (3.2%) or abdominal (1.3%). No cervical pregnancies were observed. Complications and treatment depended on the site of EP. In multivariate analysis, the only risk factor associated with EP site was current use of an intrauterine device (IUD), which was more frequent in distal EP. The 2 year cumulative rate of subsequent spontaneous intrauterine pregnancy (IUP) increased progressively from interstitial to ovarian EP. Fair concordance (weighted $\kappa = 0.31$ ) was observed between the sites of two successive EP if they were homolateral.
Valenzano, M. et al.	1991	Diagnóstico ultrassonográfico transabdominal e transvaginal da gravidez ectópica: implicações clínicas.	Estudo de caso	Trinta e cinco pacientes atendidas em um pronto-socorro com teste de gravidez positivo e suspeita de gravidez ectópica foram submetidas a exame ultrassonográfico tanto pela técnica transabdominal quanto pela transvaginal. Vinte e quatro das 26 gestações ectópicas foram corretamente diagnosticadas na admissão, combinando os resultados das duas técnicas, sendo a sensibilidade das duas técnicas utilizadas separadamente de 88,4% (transvaginal) e 76,9% (transabdominal). Nas nossas pacientes sintomáticas não selecionadas, a técnica transvaginal mostrou-se vantajosa, mas não essencial, no manejo da gravidez ectópica. O resultado cirúrgico destes pacientes sugeriu que um diagnóstico imediato de gravidez ectópica não justificava um tratamento conservador.

Fonte: Autores (2023).

Para se diagnosticar a gravidez ectópica antes que aconteça a ruptura tubária, é preciso realizar uma ultrassonografia endovaginal e dosagem da fração beta do hormônio gonadotrófico. Para cada caso em específico e diante da gravidade do caso e diagnóstico, existem opções de tratamentos que podem ser utilizadas, como as intervenções cirúrgicas e os tratamentos clínicos.

Fernandes e Lima (2018), destacam diversos indícios científicos que demonstram a relevância de diagnosticar precocemente, como também, métodos de tratamento pouco hostis, objetivando menores impactos no bem-estar da mulher. Além de compreender as características biológicas que formam a cavidade uterina, de eventuais abortos ou o histórico familiar e comportamentos sociais que são capazes de influenciarem no desenvolvimento da gestação ectópica. Assim, não é possível negar que em razão de ser complexa esse tipo de gestação, tem a chance de desenvolver inúmeras complicações, correr risco de vida e, até mesmo, a mortalidade se porventura não for diagnosticada de forma prévia.

Desta maneira, os membros da equipe multidisciplinar exercem uma função importante em orientar nos estágios da gestação, especialmente nos exames pré-natais, bem como nos tratamentos desta doença; a datar da orientação como também depois do tratamento, levando em conta a longitudinalidade na saúde.

Outrossim, atentando-se a oferta, melhoria e instrução no bem-estar de vida das mulheres acometidas pela gravidez ectópica, fará com que ocorra uma reabilitação e melhorias mais rápidas dos problemas psicológicos e físicos, assim proporcionando mais qualidade de vida (Junior *et al.*, 2020).

Conforme Costacoi (2021), estudos comparativos referentes as formas de abordagem dos tratamentos para gestação ectópica, mostram que tratar precocemente pode contribuir na seleção de métodos menos hostis, e nesta circunstância, perfaz-se que os tratamentos não invasivos apresentam-se importantes através da seguridade e eficiência do metotrexato e modificação do tratamento em virtude dos resultados dos valores do  $\beta$ -hCG, reduzindo, então, riscos no decorrer da farmacoterapia.

Em conformidade com o mesmo autor, evidencia-se pesquisas a respeito da utilização do dispositivo intrauterino (DIU) e suas complicações no prosseguimento da gestação ectópica. É destacado pela literatura que o dispositivo intrauterino composto de levonorgestrel como um dos métodos contraceptivos é de extrema eficiência, mas, por outro lado, reduz em média 98% a chance de gravidez. Porém, quando esse método contraceptivo não se mostra eficaz, acontece de aumentar exponencialmente as possibilidades de desenvolver uma gravidez ectópica (Costacoi, 2021).

Nesta acepção, revela a necessidade de construir diversas pesquisas, associando os tipos de literaturas disponíveis com metodologias e formas de tratamentos que sejam eficazes, mas principalmente considere as características da mulher grávida e seus fatores físicos e de saúde.

Por fim, outra perspectiva que requer ênfase é a gestação ectópica e o COVID-19. Fernandes e Lima (2018), ressaltam que o medo de se contaminar com o vírus favorece a demora de procurar cuidados médicos e, em consequência, delonga o diagnóstico da doença no geral, assim ocasionando adversidades gravíssimas de saúde e podendo até evoluir para a mortalidade.

Deste modo, campanhas publicitárias de caráter informativo ajudam a conscientizar a população acerca da relevância dos exames pré-natais e cuidados com a gravidez. Também, é importante que os profissionais da área da saúde disponham de requisitos e equipamentos para cuidados rápidos e eficazes de emergências obstétrica e ginecológica, assim levando em consideração o quadro clínico da paciente e a questão pandêmica do coronavírus no vigente cenário.

#### 4. Conclusão

De acordo com a pesquisa realizada, a G.E é uma emergência médica que representa 80% das mortes maternas que acontece no primeiro trimestre de gestação. O sintoma de dor pélvica aguda vem acompanhado de sangramento vaginal. O

processo cirúrgico é indicado para pacientes com contraindicação ao tratamento médico ou que obteve falha. É de extrema importância o reconhecimento da G.E. a fim de propiciar um diagnóstico rápido e tratamento, evitando a perda da trompa onde está inserido o embrião ou até mesmo em casos mais graves, a morte materna.

Conforme já mencionado a G.E. sempre depende de sua localização, diagnóstico de suas formas clínicas, além da sintomatologia, estado hemodinâmico da paciente e níveis do hormônio Beta HCG, avaliação clínica e diagnóstica por imagem para decidir a conduta.

A G.E. traz consequências tanto físicas como hormonais, podendo afetar o lado psicológico da paciente gerando a vivência de um luto, mesmo que não seja um filho idealizado. No processo da perda gestacional desejada ou não, deixa a mulher vulnerável, fazendo ela refletir a intensas reações emocionais que pode ser caracterizado com risco de depressão.

O manejo clínico da gravidez ectópica consiste na prevenção de complicações clínicas e no tratamento da gravidez ectópica potencialmente fatal. As opções de tratamento incluem a tomografia de escolha diagnóstica, o uso de medicamentos como a metotrexato, cirurgia de emergência e salpingectomia, e tratamento laparoscópico. Ao tratar uma gravidez ectópica, é importante considerar o bem-estar mental e físico da paciente, e sua qualidade de vida no futuro próximo. A gravidez ectópica precisa ser diagnosticada precocemente na qual contribui diretamente na utilização de tratamentos menos invasivos, gerando menos impactos na qualidade vida das mulheres e na saúde física e emocional das mesmas.

Ao abordar a gravidez ectópica e suas complicações, fica evidente que o diagnóstico precoce contribui de forma direta na aplicação de tratamentos minimamente invasivos, assim como ocasionando menores impactos na qualidade de vida da mulher e na saúde física e mental destas.

Além disso, a compreensão da natureza única de cada gestante orientará o tratamento individualizado, pois uma série de fatores sugerem escolhas comportamentais médicas, sejam elas medicamentosas e/ou cirúrgicas. Frente as evidências, é difícil fazer previsões positivas, visto que depende diretamente de fatores biológicos e sociais. É por isso que optar pela cirurgia quando o diagnóstico é confirmado é considerado a forma mais eficaz de evitar problemas de saúde e fertilidade da gestante.

Sendo assim, espera-se que esse artigo científico possa contribuir futuramente com estudos sobre a gravidez ectópica aos profissionais da área da Saúde, principalmente dadas as evidências apresentadas na literatura ao tentar compreender melhor a gravidez ectópica e suas condições de risco, formas de tratamentos e intervenções, além do quadro clínico da paciente; o modo que esse entendimento e prática estão relacionados com a teoria proposta e como esses indivíduos enxergam a paciente com gestação ectópica no geral. Por fim, após a realização de toda a pesquisa, buscou-se despertar o maior número de questões possíveis que precisam serem discutidas em trabalhos posteriores como forma de incentivar o estudo e a pesquisa acerca do tema gravidez ectópica.

## Referências

- Alkatout, I., Honemeyer, U., Strauss, A., Tinelli, A., Malvasi, A., Jonat, W., & Schollmeyer, T. (2013). Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Obstetrical & gynecological survey*, 68(8), 571-581.
- Bangsgaard, N., Lund, C. O., Ottesen, B., & Nilas, L. (2003). Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 110(8), 765-770.
- Barnhart, K., Van Mello, N. M., Bourne, T., Kirk, E., Van Calster, B., Bottomley, C., & Timmerman, D. (2011). Pregnancy of unknown location: a consensus statement of nomenclature, definitions, and outcome. *Fertility and sterility*, 95(3), 857-866.
- Bennett, D., Dornan, T., Bergin, C., & Horgan, M. (2014). Postgraduate training in Ireland: expectations and experience. *Irish Journal of Medical Science (1971-)*, 183, 611-620.
- Bouyer, J., Coste, J., Fernandez, H., Pouly, J. L., & Job-Spira, N. (2002). Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Human reproduction*, 17(12), 3224-3230.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Editora do Ministério da Saúde, 2013.

- Breen, J. L. (1970). A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 106(7), 1004-1019.
- Brito, M. B., Silva, J. C. R., Barbosa, H. D. F., Poli Neto, O. B., Reis, F. J. C. D., Silva, A. C. J. D. S. R., & Nogueira, A. A. (2009). Tratamento clínico da gravidez ectópica com metotrexato. *Femina*, 29-34.
- Condous, G., Okaro, E., Khalid, A., Timmerman, D., Lu, C., Zhou, Y., & Bourne, T. (2004). The use of a new logistic regression model for predicting the outcome of pregnancies of unknown location. *Human Reproduction*, 19(8), 1900-1910.
- Corrêa, M. D. (1988) Noções práticas de obstetrícia. (10a ed.), Coopmed.
- Costacoi, T. (2021). A gravidez ectópica e o contraceptivo oral emergencial. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(4), 844-854.
- Fernandes, K. V. M. L., & Lima, C. B. (2018). Gravidez Ectópica: Reflexões Acerca Da Assistência De Enfermagem Ectopic Pregnancy: Reflections On Nursing Care. 18(111).
- Grimes, D. A. (1994). The morbidity and mortality of pregnancy: still risky business. *American journal of obstetrics and gynecology*, 170(5), 1489-1494.
- Junior, J. E., Montenegro, N. A. M. D. M., Soares, R. D. C., & Camano, L. (2008). Gravidez ectópica não rota: diagnóstico e tratamento. Situação atual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30, 149-159.
- Junior, L. A. S. V., Gonçalves, E. L. M., Serafim, N. R., Oliveira, L. M., Brito, E. B. M., Machado, R. G., & Muniz, T. P. (2020). Abortamento incompleto na gravidez ectópica cervical: um relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(1), 96-99.
- Jurkovic, D., & Wilkinson, H. (2011). Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Bmj*, 342.
- Kaplan, B. C., Dart, R. G., Moskos, M., Kuligowska, E., Chun, B., Hamid, M. A., & Kharwadkar, A. (1996). Ectopic pregnancy: prospective study with improved diagnostic accuracy. *Annals of emergency medicine*, 28(1), 10-17.
- Kirk, E., Bottomley, C., & Bourne, T. (2014). Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location. *Human reproduction update*, 20(2), 250-261.
- Kirk, E., Papageorgiou, A. T., Condous, G., Tan, L., Bora, S., & Bourne, T. (2007). The diagnostic effectiveness of an initial transvaginal scan in detecting ectopic pregnancy. *Human reproduction*, 22(11), 2824-2828.
- Melo, C. S. B. D., Laranjeira, C. L. S., Junqueira, M. S. R., Mascarenhas, C. H. S., Géó, M. S., & Brandão, A. H. F. (2021). Gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: série de casos com três possibilidades terapêuticas diferentes. *Femina*, (48), 8.
- Mol, F., Mol, B. W., Ankum, W. M., Van der Veen, F., & Hajenius, P. J. (2008). Current evidence on surgery, systemic methotrexate and expectant management in the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Human reproduction update*, 14(4), 309-319.
- Pereira, P. P. (2001). Qual é a melhor conduta na prenhez ectópica? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47, 180-181.
- Pisarska, M. D., & Carson, S. A. (1999). Incidence and risk factors for ectopic pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*, 42(1), 2-8.
- Rosa, A. A. S., Taurisano, M. R. G., Agostini, A. C., Jaccottet, A. L. L., & Souto, K. E. P. (2021). Gravidez Ectópica Rota e Covid-19: um relato de caso. *ARTIGO ESPECIAL*, 65(1), 65-68.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v-vi.
- Santos, V. S. V., & de Souza, G. S. (2021). A incidência de uma gravidez ectópica e sua relação com o quadro de infertilidade. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3), 9669-9676.
- Sedícias, S. (2017). *Principais causas e tratamentos para gravidez ectópica*. 2017. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/gravidez-ectopica/> Acesso em: 07 jan. 2023.
- Silva, I. N. V. da P., Fortes Júnior, E. J., Rocha, M. M. L., Veloso, L. B., Pompeu, J. G. F., Silveira Filho, E. R. da, Paiva, M. L. R. de., Oliveira, A. R. do N., Anjos, F. L. H. dos., Sousa, D. L. de., Carvalho, A. M., Guedes, J. J. S., Cruz, M. M. da, Silva, T. R., Reis, M. R. dos, Silva, A. L. dos R., & Rocha, M. E. M. O. (2021). Main risks and importance of treatment related to ectopic pregnancy. *Research, Society and Development*, 10(9), e15410917810
- Ulhoa, A. F., Resende, M. F., Bertoloni, C. R. S., & Granja F. N. (2021). Gravidez ectópica segmentar com 21 semanas de idade gestacional: um relato de caso. *Fórum Científico – Fhemig*, 18(4), 48-50.
- Valenzano, M., Anserini, P., Remorgida, V., Brasca, A., Centonze, A., & Costantini, S. (1991). Diagnóstico ultrassonográfico transabdominal e transvaginal da gravidez ectópica: implicações clínicas. *Investigação ginecológica e obstétrica*, 31 (1), 8-11.