



FACULDADE DA CIDADE DE MACEIÓ – FACIMA
CURSO DE ENFERMAGEM

MARYSE RAMOS DE MELO FRANCIOLLY FONSECA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES ACOMETIDAS POR
GRAVIDEZ ECTÓPICA: REVISÃO DA LITERATURA**

Maceió
2023

MARYSE RAMOS DE MELO FRANCIOLLY FONSECA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES ACOMETIDAS POR
GRAVIDEZ ECTÓPICA: REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC
apresentado a Faculdade da Cidade de
Maceió, como parte requisito para
obtenção do grau de bacharel em
enfermagem.

Orientadora: Prof. Esp. Telma Ferreira
dos Santos

Maceió
2023

Ficha Catalográfica

F673a

Fonseca, Maryse Ramos de Melo Franciolly.

Assistência de Enfermagem às mulheres acometidas por gravidez ectópica: revisão da literatura. Maryse Ramos de Melo Franciolly Fonseca. – Maceió: [s.n], 2023.

44 f.

Orientadora: Telma Ferreira dos Santos.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade da Cidade de Maceió - FACIMA, Maceió, 2023.

Bibliografia: 38 - 44.

1. Gravidez Ectópica. 2. Gravidez – Localização desconhecida. 3. Assistência de Enfermagem. I. SANTOS, Telma Ferreira dos. Faculdade da Cidade de Maceió. Curso de Enfermagem. II. Título.

CDU 616-083

MARYSE RAMOS DE MELO FRANCIOLLY FONSECA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES ACOMETIDAS POR
GRAVIDEZ ECTÓPICA: REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC apresentado a Faculdade da Cidade de Maceió, como parte requisito para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Esp. Telma Ferreira dos Santos
Orientadora

Nídia Caroline Marques Bezerra
Mestra em Gestão

Prof^a. Esp. Juliana Barros Cavalcante

Maceió-AL
2023

Dedico este trabalho a todos aqueles que de maneira direta ou indireta contribuíram para a concretização desta etapa tão importante para o meu crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Concluindo este ciclo tão importante, agradeço por todas as dificuldades enfrentadas ao longo da vida acadêmica, pois estas dificuldades me prepararam para gerir os desafios que por ventura eu venha a enfrentar na vida profissional.

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por nunca me abandonar, à minha mãe pelo exemplo de coragem e resiliência, ao meu marido pelo apoio e dedicação, à minha filha pela paciência e compreensão e aos mestres por facilitarem o caminho do conhecimento, em especial à minha orientadora Telma Ferreira por dedicar um tempo de sua rotina corrida para me guiar na produção deste trabalho e à banca examinadora por viabilizar a conclusão de uma etapa tão importante.

“A perfeição espiritual do homem consiste em se tornar um ser inteligente, que conheça sobretudo a sua capacidade de aprender”.

Maimônides.

RESUMO

Este estudo possui como temática de pesquisa a assistência de enfermagem à pacientes que desenvolvem Gravidez Ectópica (GE). A GE na literatura pode ser definida como uma anormalidade do desenvolvimento do óvulo, é uma afecção relativamente recorrente e considera-se a condição obstétrica responsável pelo maior número de morbimortalidade materna no primeiro trimestre gestacional. A avaliação e o diagnóstico realizado precocemente pela equipe médica e enfermagem se tornam crucial para o andamento do caso. Desta forma, o estudo busca compreender através da seguinte questão de pesquisa: qual o papel da equipe de enfermagem no atendimento as mulheres acometidas por GE? Para isso o objetivo geral do estudo gira em torno de identificar o papel da equipe de enfermagem no atendimento as mulheres acometidas por GE. Em busca de alcançar o objetivo principal lançou-se mão do método de pesquisa com base na revisão integrativa. No qual utilizou-se os descritores: gravidez ectópica, assistência de enfermagem à gravidez ectópica, causas da gravidez ectópica, complicações decorrentes da gestação ectópica e revisão. A partir do levantamento teórico realizado observou-se que muitos enfermeiros se encontram despreparados para realizar o atendimento à pacientes acometidas por GE, em decorrência de fatores relacionados a lacunas na formação e falta de qualificação específica para lidar com tais casos. Sob essa ótica, ficou evidenciado que os enfermeiros necessitam de planejamento e conhecimento continuado para promover a assistência às mulheres que desenvolvem GE de forma efetiva. Como limitações, esta revisão encontrou o número reduzido de estudos.

Palavras-chave: Gravidez Ectópica - GE, Assistência de Enfermagem, Gravidez de Localização Desconhecida, Equipe de Enfermagem e Assistência.

ABSTRACT

This study's research theme is nursing care for patients who develop Ectopic Pregnancy (GE). GE in the literature can be defined as an abnormality in the development of the egg, it is a relatively recurrent condition and is considered the obstetric condition responsible for the highest number of maternal morbidity and mortality in the first trimester of pregnancy. Early assessment and diagnosis carried out by the medical and nursing team becomes crucial for the progress of the case. In this way, the study seeks to understand through the following research question: what is the role of the nursing team in caring for women affected by GE? To this end, the general objective of the study revolves around identifying the role of the nursing team in caring for women affected by GE. In order to achieve the main objective, the research method based on the integrative review was used. In which the descriptors were used: ectopic pregnancy, nursing care for ectopic pregnancy, causes of ectopic pregnancy, complications arising from ectopic pregnancy and review. From the theoretical survey carried out, it was observed that many nurses are unprepared to provide care to patients affected by GE, due to factors related to gaps in training and lack of specific qualifications to deal with such cases. From this perspective, it was evident that nurses need continued planning and knowledge to effectively promote assistance to women who develop GE. As limitations, this review found a small number of studies.

LISTA DE ABREVIATURAS

- GE** – Gravidez Ectópica
- β -hCG** – Subunidade Beta do Hormônio Gonadotrofina Coriônica
- GLD** – Gestação de Local Desconhecido
- USG** – Ultrassonografia
- USTV** – Ultrassonografia Transvaginal
- MTX** – Metotrexato
- DNA** – Ácido Desoxirribonucleico
- RNA** – Ácido Ribonucleico
- GEB** – Gravidez Ectópica Bilateral
- DUM** – Data da Última Menstruação
- CC** – Centro Cirúrgico
- DIP** – Doenças Inflamatórias Pélvicas
- DIU** – Dispositivo Intrauterino
- SAE** – Sistematização da Assistência de Enfermagem
- HCG** – Hormônio Gonadotrofina Coriônica

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	01
2. METODOLOGIA	03
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	03
2.2 ETAPAS DA REVISÃO DA LITERATURA.....	03
2.2.1 IDENTIFICAÇÃO DA QUESTÃO DA PESQUISA.....	04
2.2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE BUSCA NA LITERATURA E DOS DESCRITORES DO ESTUDO.....	04
3. ANÁLISE DOS DADOS E LITERATURA	05
4. GRAVIDEZ ECTÓPICA – GE	05
4.1 GRAVIDEZ ECTÓPICA.....	05
4.2 ETIOPATOGENIA.....	07
4.3 QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO.....	09
4.4 GESTAÇÃO DE LOCAL DESCONHECIDO (GLD).....	11
4.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	12
4.6 TRATAMENTO DA GE	20
4.7 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA GE.....	20
4.8 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA GE.....	21
4.9 CONDUTA EXPECTANTE.....	22
5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GRAVIDEZ ECTÓPICA	24
5.1 PAPEL DO ENFERMEIRO	24
5.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.	25
5.3 EDUCAÇÃO E SUPORTE EMOCIONAL.....	26
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	29

O estudo em questão possui como temática de pesquisa a assistência de enfermagem às mulheres que desenvolvem gravidez ectópica - GE. Peixoto (2009) denomina a GE como uma anormalidade do desenvolvimento do óvulo, ou seja, quando a implantação do blastocisto ocorre fora da cavidade uterina, é uma anormalidade gestacional relativamente recorrente e considera-se a condição obstétrica responsável pelo maior número de morbimortalidade materna no primeiro trimestre gestacional.

Na GE, o óvulo fertilizado não consegue alcançar o útero e implanta-se em outro local, geralmente nas trompas de Falópio. Isso pode ocorrer devido a obstruções nas trompas, cicatrizes, danos, anormalidades estruturais, entre outros fatores. Sua causa principal é uma lesão na luz do oviduto, devido à destruição do epitélio e à formação de microaderências.

Uma vez que o óvulo fertilizado se implanta em um local impróprio e começa a se desenvolver em um anexo inadequado para o crescimento fetal, a gestação não pode ser mantida, pois eventualmente podem ocorrer graves complicações na medida que o embrião cresce. Dentre as complicações mais graves está a rotura tubária, uma GE rota causa danos às trompas de falópio ou outros órgãos onde se implantou, desencadeando sangramento interno, dor abdominal intensa e outros sintomas.

Uma GE é um problema que requer tratamento imediato. Geralmente, a conduta adotada é a remoção do embrião ou do tecido fetal que se desenvolveu fora do útero. Este procedimento pode ser feito através de medicação ou por meio de intervenção cirúrgica, dependendo da gravidade do caso (BARNHART, 2015).

Segundo Nascimento e Zanovello(2019) uma assistência eficiente e multiprofissional é de grande importância para um bom prognóstico da mulher que está vivenciando a GE, devido aos possíveis prejuízos físicos e aos prejuízos emocionais que podem ser provocados por uma GE. Desta forma, esta pesquisa busca compreender como se dá o papel da equipe de enfermagem no atendimento as mulheres acometidas por GE? Visto que, de acordo com Amorim *et al.*, (2022) nas últimas três décadas, houve um aumento na ocorrência de gravidez ectópica na maioria dos países industrializados. A incidência anual varia entre 100 e 175 casos por 100.000 mulheres, com idades entre 15 e 44 anos. Mundialmente, a gravidez ectópica representa quase 2% de todas as gestações, correspondendo a 0,25-2% das

complicações associadas à gravidez e contribuindo para 9% a 20% das mortes relacionadas à gestação.

Com esse aumento no número de casos, torna-se cada vez mais importante uma interpretação da equipe e um cuidado com as mulheres acometidas pela GE. Amorim *et al.* (2022) ressalta que a atuação da equipe médica e de enfermagem é vital na abordagem e assistência à gravidez ectópica. É fundamental que estejam familiarizados com os fatores de risco e com os sintomas para possibilitar um diagnóstico precoce e o encaminhamento para o tratamento adequado. Além disso, devem oferecer informações precisas sobre a condição da paciente, discutindo os diferentes tratamentos disponíveis e suas implicações. Durante o acompanhamento, é essencial monitorar a paciente de perto em busca de possíveis complicações e fornecer apoio emocional para ajudá-la a enfrentar o estresse e a ansiedade associados à situação. Em suma, a equipe médica e de enfermagem desempenha um papel essencial na interpretação e no cuidado da GE, assegurando tratamento adequado e suporte para uma recuperação eficaz. Diante disso, o objetivo geral deste trabalho gira em torno de identificar o papel da equipe de enfermagem no atendimento as mulheres acometidas por GE, evidenciando a importância desses profissionais no acolhimento e cuidados prestados a essas pacientes.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental no atendimento a esse público, sua atuação envolve diversas responsabilidades como: triagem e avaliação inicial, apoio emocional e educação, monitoramento e cuidados de enfermagem (LIMA; SIMÕES, 2023). Além disso, o enfermeiro pode trabalhar em conjunto com outros profissionais, como médicos, técnicos de enfermagem e psicólogos, para garantir um atendimento abrangente e de qualidade. Logo, torna-se muito importante que esses profissionais aprofundem seus conhecimentos acerca dessa condição, sendo capazes de identificar de forma precoce os sinais e sintomas, possibilitando assim antever complicações, como também conhecer os tipos de tratamentos que estão disponíveis e que são capazes de evitar a morbimortalidade das gestantes acometidas por uma GE.

2. METODOLOGIA

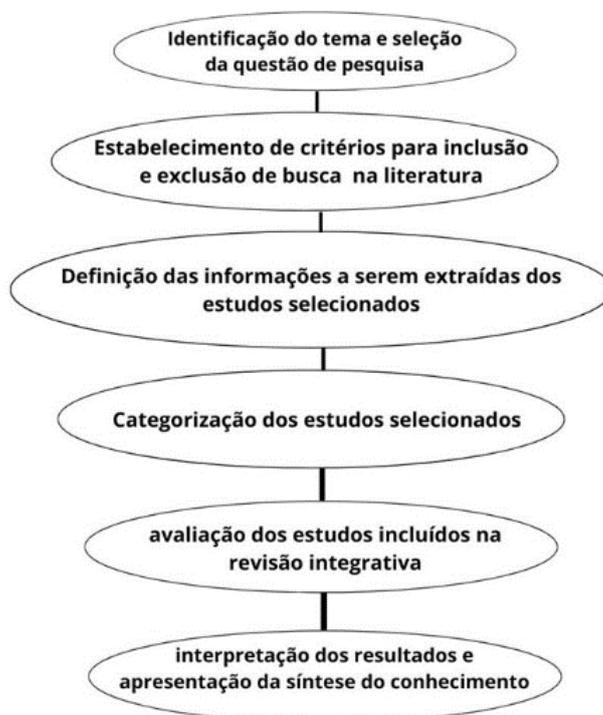
2.1 Tipo de estudo

O presente trabalho trata de uma revisão da literatura, que retrata um processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica.

"A revisão de literatura é o alicerce sólido sobre o qual a pesquisa acadêmica se ergue. É o ato de explorar as vozes passadas para construir uma sinfonia de entendimento que ilumina o presente e orienta o futuro." (Richard A. Johnson)

2.2 Etapas da revisão da literatura

Figura 1: Fluxograma para elaboração de revisão de literatura.



2.2.1 Identificação da questão de pesquisa

O objetivo deste trabalho é levantar dados que respondam a seguinte questão de pesquisa: Qual o papel da equipe de enfermagem nos casos de mulheres acometidas por GE?

2.2.2 Critérios de inclusão e exclusão de busca na literatura e dos descritores de estudo

Foram incluídos na pesquisa: artigos completos disponíveis de forma livre e gratuita, idiomas em português, inglês e espanhol, excluindo-se artigos duplicados, indisponíveis e incompletos, com recorte temporal de 2000 a 2023.

O resgate dos estudos ocorreu a partir dos descritores controlados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): “gravidez ectópica”, “assistência de enfermagem à gravidez ectópica”, “causas da gravidez ectópica”, “tratamento cirúrgico na gravidez ectópica”, “tratamento medicamentoso”, “complicações decorrentes da gestação ectópica” e “revisão”. As bases de dados consultadas foram: MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde), Google acadêmico e a biblioteca virtual SciELO e PUBMED. A apresentação dos dados e sua discussão foram feitas de forma descritiva, a fim de responder de forma clara o objetivo principal do estudo.

3. ANÁLISE DOS DADOS E LITERATURA

A partir da coleta de dados, foram encontrados 105 estudos. A primeira fase da análise consistiu na aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Com isso, conseguiu-se 62 artigos ao final da primeira fase. Na segunda fase, decorreu-se a leitura dos estudos para encontrar aqueles que respondiam corretamente à pergunta norteadora da pesquisa e/ou tinham adequação com o fenômeno do estudo.

4. GRAVIDEZ ECTÓPICA – GE

4.1 Gravidez ectópica

As trompas de Falópio e o útero são estruturas diferentes no sistema reprodutor feminino e cada uma possui funções distintas relacionadas à reprodução. O útero é um órgão muscular, oco, com a capacidade única de se expandir significativamente para acomodar o crescimento de um feto durante a gravidez. Isso acontece para fornecer um ambiente seguro e nutricionalmente rico para o desenvolvimento do embrião em seus estágios iniciais até o momento do parto (BARNHART, 2015).

Por outro lado, as trompas de Falópio são estruturas tubulares estreitas que conectam os ovários ao útero. Sua principal função é facilitar o encontro entre o óvulo liberado e o espermatozoide, permitindo a fecundação. Após a fecundação, o zigoto começa a se dividir e se mover em direção ao útero ao longo de vários dias, impulsionado por batimentos ciliares e pelas contrações das paredes das trompas. Se tudo ocorrer bem, o zigoto chegará ao útero para implantação e desenvolvimento (KIRK; BOTTOMLEY; BOURNE 2014).

A GE é uma anomalia gestacional que comumente atinge mulheres no primeiro trimestre gestacional. O diagnóstico precoce é imprescindível para melhores chances de sobrevivência da mulher devido à gravidade dessa patologia. Sua incidência vem crescendo, chegando a 01 para cada 80 a 100 gestações, dentre os fatores de risco podemos citar: salpingites, cirurgias tubárias prévias, alterações anatômicas, endometriose, tumorações justatubárias, alterações da motilidade tubária, uso de dispositivos intrauterinos, tabagismo, entre outras (MONTEIRO *et al.*, 2005).

A literatura tem publicado, nos últimos anos, diversos relatos de casos de GE de localização atípica (intersticial, cervical, cicatriz de cesárea, ovariana e abdominal), que representam situações de elevada morbimortalidade. O emprego de condutas conservadoras, como o tratamento medicamentoso com metotrexato (MTX), tem evitado muitas cirurgias mutiladoras (CAMANO *et al.*, 2012; ELITO JUNIOR *et al.*, 2008).

O principal biomarcador laboratorial dessa afecção, muito utilizado no diagnóstico, é a dosagem sérica da fração Beta da Gonadotrofina Coriônica Humana

(β -hCG), que apresenta aumento dos seus valores em pelo menos duas vezes dentro de um período de 48 horas nas pacientes com GE de até 9 a 11 semanas. A partir de 12 semanas, há estabilização desses valores, com tendência a um platô, que persiste até por volta de 20 semanas, quando começam a decrescer progressivamente (LIN; BHATT; DOGRA, 2008). Ao contrário, nos casos de implantação ectópica do embrião, o aumento dos níveis séricos é mais lento. Quando ocorre aumento inferior a 50% dos valores prévios, existe alta probabilidade de anormalidade na gestação, seja ela intrauterina ou extrauterina (MCWILLIAMS, 2008).

A ultrassonografia(USG) também desempenha um papel crucial no diagnóstico da GE, a utilização da ultrassonografia na rotina de acompanhamento pré-natal viabilizou o monitoramento do primeiro trimestre da gestação, esse método tem sido a principal ferramenta por imagem no acompanhamento pré-natal normal, no diagnóstico de anomalias, por ser um exame não invasivo, amplamente disponível e seguro para a avaliação inicial e acompanhamento das gestações em mulheres com suspeita ou risco de desenvolverem qualquer anomalia gestacional. Com critérios diagnósticos bem estabelecidos pela literatura para as principais anormalidades nesse período, a USG é o exame de escolha no primeiro atendimento a gestantes em serviços de urgência (RIOS *et al.*, 2010).

O tratamento clássico da GE é o cirúrgico (convencional ou videolaparoscopia), sendo que a possibilidade de diminuição da morbidade, custo e a preservação do futuro reprodutivo, tem aumentado o interesse pelos tratamentos não cirúrgicos que inclui a utilização de drogas administradas por via sistêmica ou local e a conduta expectante. O diagnóstico e tratamento da GE podem ter implicações significativas para o futuro reprodutivo das mulheres afetadas, visto que a GE pode afetar a fertilidade da paciente. Nesse contexto, o medicamento metotrexato (MTX) tem surtido um resultado satisfatório quanto à saúde reprodutiva das mulheres afetadas. Ele atua nas células trofoblásticas e tornou-se utilizado no tratamento da GE a partir de 1982, com taxa de sucesso de 89% (REZENDE, MONTENEGRO 2008).

No que diz respeito à redução da mortalidade materna em decorrência da GE, toda a atenção da equipe deve estar voltada para o diagnóstico precoce. Com a suspeita clínica e a realização de exames subsidiários, como a dosagem do β -hCG e a ultrassonografia transvaginal (USTV) é imperativo que o diagnóstico de GE deva ser

realizado antes da ruptura tubária. Dessa forma, o tratamento deixa de ser feito numa emergência e pode se optar por condutas conservadoras, como o tratamento medicamentoso com MTX ou a conduta expectante. A associação de diagnóstico precoce e a conduta antes da ruptura tubária reduziu de forma significativa a mortalidade materna ocasionada pela GE (BRASIL, 2010).

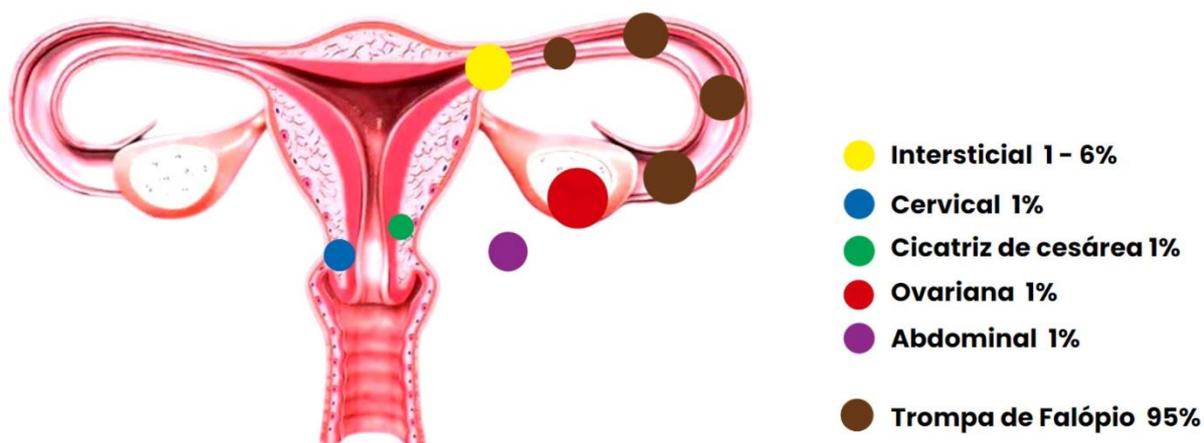
A assistência às mulheres que desenvolvem GE é um assunto de extrema importância e desafia os profissionais de saúde a fornecerem cuidados eficazes e compassivos. Nesse contexto, o papel do enfermeiro é fundamental para garantir uma ampla assistência onde o foco central seja a paciente. A comunicação é fundamental em uma equipe de saúde bem-preparada, a troca de informações entre os profissionais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros membros da equipe, é indispensável para garantir um cuidado coordenado e de qualidade para a paciente. Isso inclui compartilhar resultados de exames, discussões de casos e avaliação conjunta do melhor plano de tratamento (BRASIL, 2010). Além disso, torna-se importante fornecer suporte emocional e informações adequadas as pacientes e seus familiares durante todo o processo, dado que a GE pode ser uma experiência emocionalmente desafiadora e traumática para a paciente e uma equipe preparada para esse cenário pode ajudar a lidar com esses aspectos do cuidado.

4.2 Etiopatogenia

A GE é definida como a implantação e desenvolvimento do ovo fora da cavidade uterina. Segundo Moawad (2010) uma das principais causas pode estar relacionada a uma lesão na luz do oviduto, devido à destruição do epitélio e à formação de microaderências, mas as condições envolvidas na etiopatogenia da GE são inúmeras. Na literatura outros fatores de risco são frequentemente mencionados, dentre esses, podemos destacar: endometriose, salpingite, cicatrizes de infecções anteriores, cirurgias tubárias prévias ou malformações congênitas. Além disso, infecções no sistema reprodutor, como a Doença Inflamatória Pélvica (DIP) podem causar danos às trompas de falópio, tornando-as menos eficientes na condução do óvulo fertilizado (Moawad 2010).

A presença do Dispositivo Intrauterino (DIU) pode aumentar ligeiramente o risco de GE, embora seja uma ocorrência rara, mulheres com DIU devem estar cientes dessa possibilidade, assim também como mulheres que se submeteram a cirurgias abdominais prévias, como cirurgias de apêndice ou cesarianas, visto que, podem apresentar cicatrizes que afetam a movimentação do óvulo fertilizado pelo sistema reprodutor (CAMANO,2003). No entanto, ainda não é possível definir precisamente a etiologia da GE, além das possíveis causas já mencionadas é provável que uma combinação de transporte embrionário prejudicado, alterações no ambiente tubário, aumento dos casos de endometriose, utilização indiscriminada da laparoscopia e o aumento na adesão a tratamentos para infertilidade também possam favorecer o implante precoce (CAMANO, 2003). Entretanto, dentre os diferentes tipos de GE, a mais comum é a de localização tubária é a mais frequente, como pode ser visto na figura 1. Ocorre em torno de 95% dos casos, sendo 50% prevalente na ampola, seguido do infundíbulo com prevalência de 20%, istmo com prevalência de 13% e por fim nas fímbrias com prevalência de 10% (BRASIL, 2012).

Figura 2: Prevalência de GE na tuba uterina.



Fonte: Ministério da Saúde - 2012

Portanto, apesar de ainda não ser possível mapear precisamente sua causa, o que se tem evidente é que a GE é uma condição que requer atenção e cuidados imediatos. O conhecimento das possíveis causas e fatores de riscos associados a essa patologia é fundamental para sua detecção precoce, permitindo intervenções adequadas e minimizando os riscos para a saúde da mulher. É imperativo que as mulheres estejam cientes dos sinais e sintomas, e que profissionais da saúde estejam preparados para realizar o diagnóstico e oferecer a assistência adequada, buscando sempre garantir o bem-estar e a segurança das pacientes (LOWERMILK, 2002). Sendo a prevenção feita através do uso regular de contraceptivos adequados à paciente, diagnóstico precoce, acompanhamento médico, realização de exames de rotina, consultas médicas regulares para monitorar a saúde reprodutiva e o tratamento oportuno, são essenciais para reduzir os impactos negativos da GE na saúde reprodutiva das mulheres (LOWERMILK, 2002).

4.3 Quadro clínico e diagnóstico

O diagnóstico precoce da GE é muito importante para um tratamento eficaz e aumenta significativamente as chances de sucesso em qualquer condição clínica. A abordagem terapêutica pode ser menos invasiva e mais simples, podendo também reduzir potencialmente os custos associados ao tratamento que, quando iniciado no tempo adequado, pode evitar complicações graves e preservar a saúde da paciente e, em alguns casos, seu futuro reprodutivo (BASTOS, 2006).

A anatomia da tuba uterina não dispõe da mesma capacidade de expansão do útero, sendo assim, caso a GE não seja interrompida ou diagnosticada a tempo e continue em evolução, a tuba pode romper-se e o ovo implantado ser lançado na cavidade abdominal, provocando dor aguda, náuseas, vômitos e tonturas, podendo evoluir para hemorragia e choque (BASTOS, 2006). Nesse contexto, é muito importante que a equipe de profissionais da saúde, sobretudo médicos e enfermeiros saibam identificar os sinais e sintomas decorrentes desta condição (GOUVEIA, 2004).

A GE pode ser totalmente assintomática (gravidez tubária intacta, trompa de Falópio e embrião intactos, talvez com função cardíaca discernível), ou pode apresentar dor pélvica, mais intensa de um lado (aborto tubário) ou ocasionar choque hemorrágico

grave (ruptura tubária). O quadro clínico geralmente se constitui de dor abdominal baixa de leve intensidade, sangramento vaginal irregular e tempo de amenorreia, variando de 5 a 9 semanas (LIN; BHATT; DOGRA, 2008).

O quadro clínico da GE comumente varia de acordo com o estágio gestacional, e entre os sintomas mais recorrentes estão: atraso menstrual, sangramento vaginal, distensão abdominal, abaulamento do fundo de saco, tumor anexial e dor à mobilização do útero (MOAWAD *et al.*, 2010).

Além dos sintomas já descritos, é possível que a paciente apresente sangramento vaginal anormal, que pode ser mais leve ou mais escuro do que o sangramento menstrual. Esse sangramento pode ocorrer em momentos diferentes do ciclo menstrual e ser confundido com uma menstruação irregular (LIN; BHATT; DOGRA, 2008). Embora a GE seja inviável, algumas mulheres apresentam sinais típicos de gravidez, como sensibilidade mamária, náuseas e vômitos, além de atraso menstrual. Desta forma, o diagnóstico precoce é muito importante para evitar complicações graves, como a ruptura da trompa de Falópio e sangramento interno, que podem levar a uma emergência médica. Sendo assim, é necessário um alto índice de suspeita para diagnóstico e tratamento precoces no intuito de diminuir a morbimortalidade. No entanto, o diagnóstico precoce se torna um grande desafio, visto que a maioria das mulheres com GE não rota e no início da gestação não apresentam achados clínicos significativos. A tríade clássica de amenorreia, seguida de sangramento vaginal e dor abdominal no lado afetado, está presente em menos de 40% das pacientes (NASCIMENTO, *et al.*, 2019).

Dessa maneira, a avaliação diagnóstica mais utilizada e precisa de uma GE é a ultrassonografia transvaginal (USTV) ou a medição dos níveis séricos da subunidade Beta da Gonadotrofina Coriônica Humana (β -hCG). Geralmente os dois procedimentos são necessários para confirmar o diagnóstico. Todavia, é muito importante ter atenção à interpretação de USG e dos valores do β -hCG e cuidado com elas, pois o tratamento baseado em um diagnóstico inadequado pode resultar na interrupção de uma gravidez intrauterina viável e complicações iatrogênicas (BARNHART, 2012). Apesar dos avanços a GE continua sendo um grande desafio diagnóstico, representando uma das maiores causas de morbimortalidade relacionadas a complicações obstétricas do primeiro trimestre gestacional (BARNHART, 2012). É importante ressaltar que após

uma GE as chances de uma gravidez futura bem-sucedida podem ser afetadas, especialmente se houver danos nas tubas uterinas. O que não impede de muitas mulheres conseguirem conceber novamente uma gravidez, com o devido acompanhamento.

Apesar de ocorrerem dificuldades em diagnosticar uma GE inicialmente, os recursos para estas práticas têm se desenvolvido e a equipe de saúde deve estar sempre bem-informada sobre os sintomas, os fatores de risco e os métodos diagnósticos associados. É essencial que todos os profissionais estejam atualizados quanto às diretrizes clínicas mais recentes e conhecimentos baseados em evidências para garantir um diagnóstico precoce e preciso (BRASIL, 2010).

Embora o diagnóstico final seja feito pelo médico, os enfermeiros têm um papel importante na identificação de sinais e sintomas sugestivos de GE, seguindo algumas etapas que podem ajudar nesse processo, como a realização de uma anamnese bem detalhada na qual se coleta informações sobre o histórico médico e ginecológico da paciente, incluindo ciclos menstruais anteriores, gravidezes anteriores, tratamentos de fertilidade e uso de contraceptivos, essas informações contribuem exponencialmente na construção de um histórico clínico. Também é muito importante a avaliação adequada dos sintomas e a realização do exame físico que pode revelar sensibilidade abdominal, rigidez ou dor à palpação. Todas essas condutas aliadas aos testes laboratoriais representam uma importante ferramenta no diagnóstico de enfermagem, essa etapa é essencial na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois ajuda a estruturar o atendimento de forma adequada (GOUVEIA, 2004).

4.4 Gestação de local desconhecido (GLD)

Muitas pessoas confundem a Gestação de Local Desconhecido (GLD) com a GE, no entanto, a GLD não se trata de um diagnóstico, e sim de um termo utilizado para descrever uma situação em que se tem um teste de gravidez positivo, porém a ultrassonografia não evidencia uma gravidez tópica, ectópica ou retenção de produtos da concepção. Assim, toda mulher que apresente GLD deve ser investigada a fim de que se obtenha um diagnóstico final (KIRK; BOTTOMLEY; BOURNE, 2014).

Em 2011 houve um consenso entre especialistas europeus e americanos com o objetivo de uniformizar os conceitos e achados ultrassonográficos de uma provável GE, de uma GE definida, de uma provável gravidez intrauterina ou de uma gravidez intrauterina definida. A GLD descreve somente o cenário em que um teste de gravidez é positivo, mas nem a gravidez intrauterina nem a ectópica são mostradas na ultrassonografia (KIRK; BOTTOMLEY; BOURNE, 2014).

A GLD representa um desafio diagnóstico por ser de difícil detecção nos estágios iniciais, isso ocorre porque os sinais e sintomas podem ser vagos e não específicos, como sangramento irregular e dor abdominal. A falta de localização definitiva da gravidez pode atrasar o diagnóstico e o início do tratamento adequado além disso, em alguns casos, o aumento dos níveis séricos de β -hCG podem ser semelhantes entre mulheres com uma gravidez viável precoce, GE ou perda de gravidez precoce. (BARNHART *et al.*, 2011),

A GLD não significa necessariamente que existe uma GE, mas também não exclui a possibilidade, sendo assim, medições seriadas de β -hCG devem ser obtidas a fim de chegar a um diagnóstico definitivo e as pacientes devem ser orientadas sobre os sinais de alerta de GE.

4.5 – Diagnóstico diferencial.

Segundo o *Royal College of Obstetricians e Gynaecologists* (2006) o diagnóstico incerto pode levar a um atraso no início do tratamento, o que pode aumentar os riscos de complicações para a saúde da mulher. Os achados radiográficos apresentados na figura 2 mostram de forma clara cada um dos conceitos descritos pelos especialistas.

Uma provável GE ocorre quando se tem uma massa anexial heterogênea conhecida como sinal *Blob* (*Blob sing*) ou uma estrutura fora da cavidade uterina com imagem mostrando um halo hiperecogênico conhecido como anel tubário ou sinal de *Bagel* (*Bagel sing*) (BARNHART *et al.*, 2011), figura 3 e figura 4.

Figura 3: Massa anexial hiperecogênea.



Fonte: *Pregnancy of Unknown Location. Fertil Steril 2011;95:857-66.*

Figura 4: Estrutura extrauterina semelhante à saco gestacional (Bagel sing).



Fonte: *Pregnancy of Unknown Location. Fertil Steril 2011;95:857-66.*

Uma GE definitiva ocorre quando é possível visualizar um saco gestacional extrauterino com embrião com ou sem atividade cardíaca ou ainda quando se tem um saco gestacional extrauterino com vesícula vitelínica (BARNHART *et al.*, 2011), figura 5 e 6.

Figura 5: Saco gestacional extrauterino com embrião com ou sem atividade cardíaca.



Fonte: *Pregnancy of Unknown Location*. Fertil Steril 2011;95:857-66.

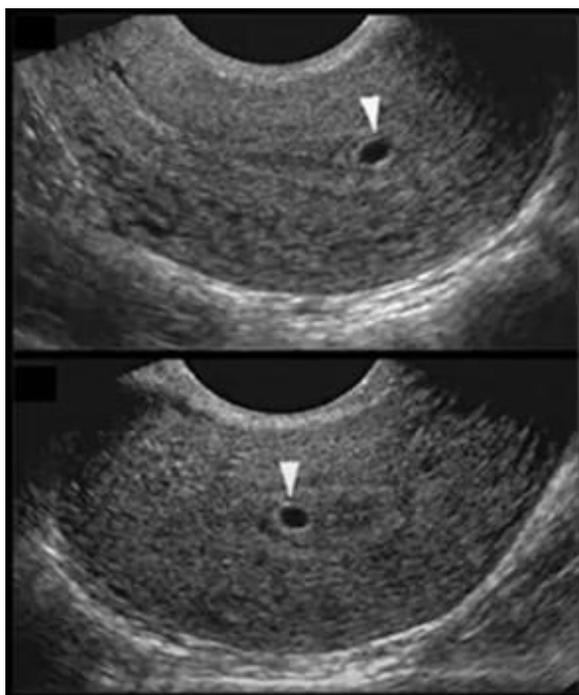
Figura 6: Saco gestacional extrauterino com vesícula vitelínica



Fonte: *Pregnancy of Unknown Location*. Fertil Steril 2011;95:857-66.

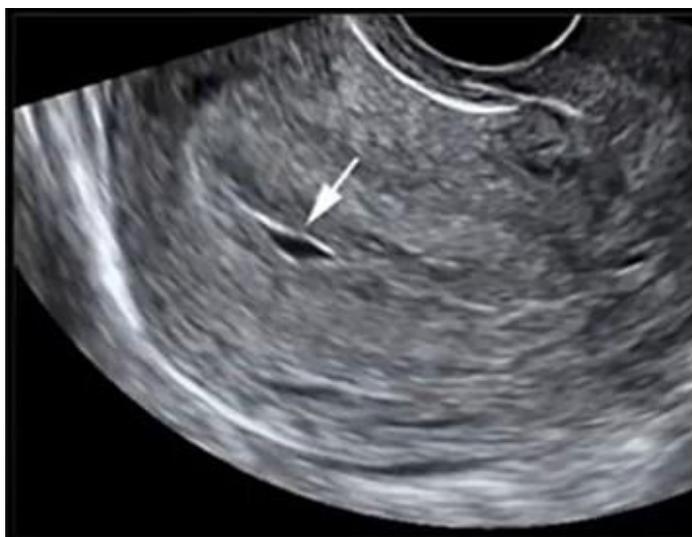
Uma provável gravidez intrauterina pode ser visualizada na USTV por volta da quarta semana gestacional através de um halo hiperecogênico, não deve ser confundida com um pseudo saco gestacional e que não possui halo hiperecogênico (BARNHART *et al.*, 2011), Figura 7 e 8.

Figura 7: Saco gestacional intrauterino.



Fonte: *Pregnancy of Unknown Location. Fertil Steril 2011;95:857-66.*

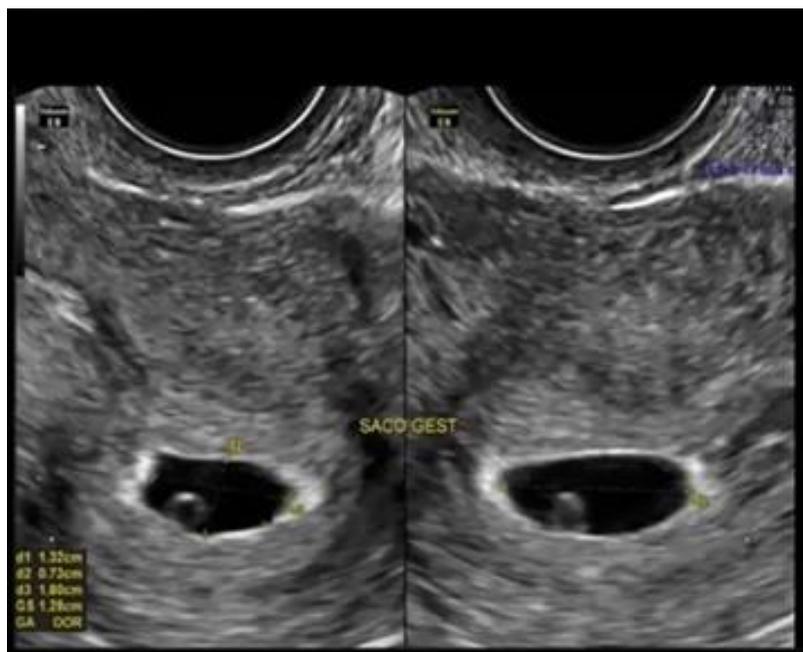
Figura 8: Pseudisaco gestacional intrauterino.



Fonte: *Pregnancy of Unknown Location. Fertil Steril 2011;95:857-66.*

A gravidez intrauterina definitiva mostra um saco gestacional com vesícula vitelínica ou embrião apresentando ou não atividade cardíaca (BARNHART *et al.*, 2011), figura 9 e 10.

Figura 9: Saco gestacional intrauterino + vesícula vitelínica.



Fonte: *Pregnancy os Unknown Location*. Fertil Steril 2011;95:857-66.

Figura 10: Saco gestacional intrauterino + embrião com ou sem atividade cardíaca.

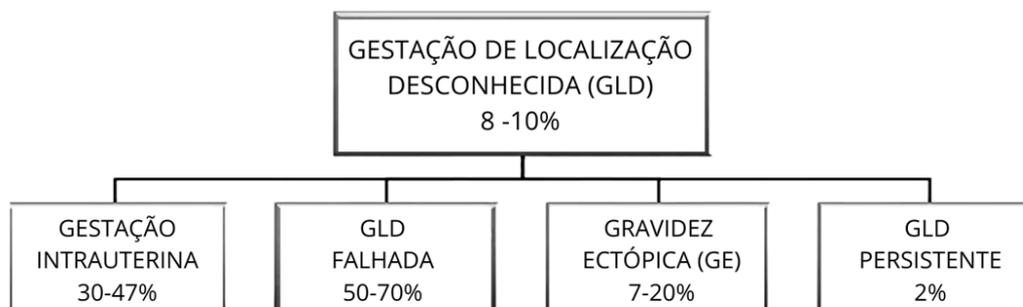


Fonte: *Pregnancy os Unknown Location*. Fertil Steril 2011;95:857-66.

Existem quatro possibilidades frente a uma GLD, uma das mais frequentes ocorre quando se realiza o exame β -hCG muito precocemente e não é possível visualizar o saco gestacional, trata-se de uma gravidez intrauterina que ainda não apareceu, esses casos correspondem a 30 a 47% das ocorrências de GLD. Uma outra causa é uma GLD falhada, que pode ser uma gravidez tópica ou ectópica, e que ocorre quando a quantidade de β -hCG no sangue não dobra seus valores a cada 48 horas. Forte indicativo da evolução da gestação (SAGILI; MOHAMED, 2008).

A GE corresponde de 7 a 20% dos casos de GLD e 2% das ocorrências são de GLD persistente. Essas gestações não apresentam aumento normal da Gonodotrofina Coriônica Humana (HCG) e, às vezes, estabiliza-se em *plateau*, quando dentro de 48 horas a variabilidade do β -hCG é menor que 15%, geralmente essas GLD's persistentes são ectópicas e, portanto, de alto risco (BARNHART *et al.*, 2011). A figura 11 apresenta o curso de incidência de GLD.

Figura 11: Incidência de GLD.



Fonte: Dados de pesquisa 2023.

Segundo com Barnhart (2011), no seguimento de uma GE são utilizados biomarcadores. Existem inúmeros biomarcadores nos laboratórios, porém apenas dois são liberados para a prática clínica, são eles: a gonadotrofina coriônica e a progesterona. Estes biomarcadores servem tanto para localização da gravidez como

também para determinar se a gravidez é evolutiva ou não, refletindo a atividade do trofoblasto, corpo lúteo, endométrio ou da angiogênese.

A gonadotrofina coriônica é uma glicoproteína, que pode ser produzida pelo trofoblasto, pela hipófise e até mesmo por alguns tumores, e nos laboratórios é feita a dosagem única do β -hCG assim como a dosagem seriada. A dosagem única tem a função exclusiva de determinar se o valor do β -hCG está acima ou abaixo da zona discriminatória ou valor discriminatório. A maioria dos serviços tem como referência o valor discriminatório de 1500 mUI/ml a 2000 mUI/ml, entretanto a literatura relata diversos casos em que só foi possível visualizar o saco gestacional com valores muito acima de 2000 mUI/ml (BARNHART et al., 2011).

De acordo com Barnhart(2011), o valor discriminatório deveria estar em torno de 3000 mUI/ml a 3510 mUI/ml. É muito importante atentar-se para a variabilidade dos valores discriminatórios do β -hCG, pois, até poucos anos atrás, valores entre 1000 mUI/ml e 2000 mUI/ml, onde não era possível visualizar o saco gestacional na USTV, a gestação passava a ser considerada ectópica e condutas eram adotadas a partir desse diagnóstico.

No seguimento de uma GLD, é utilizada a dosagem seriada de β -hCG, onde a gonadotrofina será medida a cada 48 horas. Cerca de 85% das gestações evolutivas aumenta os níveis de β -hCG em pelo menos 66% neste período. O mais importante, quando se faz o acompanhamento de uma GLD, é saber qual o menor valor de aumento dos níveis de gonadotrofina coriônica para que se minimizem ao máximo as chances de interrupção de uma gestação tópica desejada (BARNHART et al., 2011).

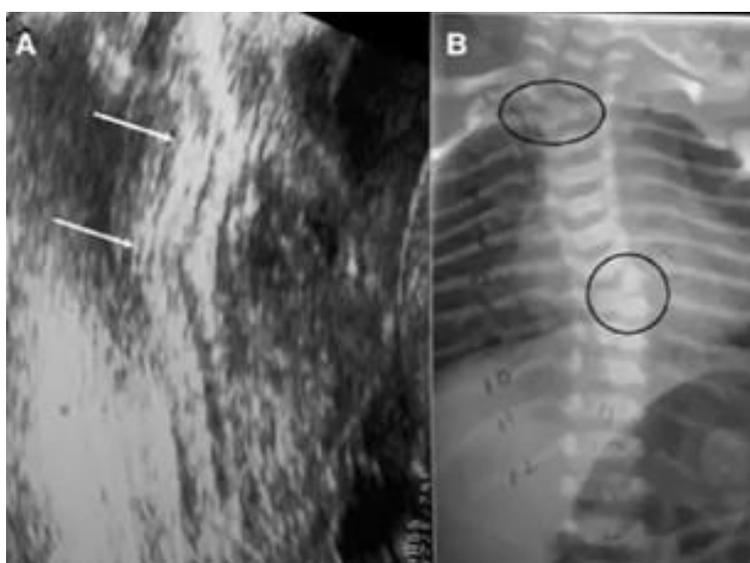
Quando o teste de gravidez é positivo, mas a ultrassonografia não mostra o saco gestacional, é importante considerar a possibilidade de uma gravidez em um estágio muito inicial. Nesse caso, os níveis do hormônio beta-HCG podem ser monitorados em intervalos regulares para acompanhar o aumento e verificar a progressão normal da gravidez (BARNHART et al., 2011).

A reavaliação por meio de exames de imagem repetidos em momentos apropriados é essencial para confirmar a localização intrauterina da gravidez, conforme ela progride e se torna mais visível na ultrassonografia. É importante que os profissionais de saúde sejam cautelosos ao interpretar os resultados e considerem todas as

possibilidades antes de fazer um diagnóstico final em casos de GLD. Sempre buscando a melhor assistência para a paciente (BARNHART *et al.*, 2011).

Quando as medidas adequadas não são tomadas, podem ocorrer adversidades, como no caso ocorrido no Líbano, em que houve o diagnóstico equivocado de GE e foi administrado MTX em uma tripla gestação intrauterina evolutiva, houve a redução espontânea de dois embriões, e o bebê sobrevivente nasceu com inúmeras más formações cardíacas e físicas, como pode ser visto nas figuras 12 e 13.

Figura 12: Embriopatia após tratamento com metotrexato devido a erro diagnóstico de GE.



Fonte: *Int J Gynaecol Obstet.* 2007 Dec; 99(3):253-5

Figura 13: Embriopatia após tratamento com metotrexato devido a erro diagnóstico de GE.



Fonte: *Int J Gynaecol Obstet.* 2007 Dec; 99(3):253-5.

4.6 Tratamento da GE

O tratamento adequado no momento certo é de extrema importância devido às sérias complicações e riscos de morte associados a essa condição como, por exemplo, a ruptura da trompa de falópio ou outros órgãos afetados. O tratamento adequado pode, além de salvar a vida da paciente afetada, também preservar a fertilidade, dependendo do estágio da GE e do local onde está implantada, a intervenção médica pode ser realizada de forma a preservar a integridade das trompas e órgãos reprodutivos. O tratamento da GE depende de vários fatores, incluindo o tamanho do embrião, a saúde geral da mulher e a presença ou não de sintomas (SOARES, 2008).

Há alguns anos, o recurso terapêutico utilizado na abordagem da GE era sempre o tratamento cirúrgico, porém, atualmente, a apresentação clínica da GE passou de uma situação de risco de morte iminente em que a abordagem necessária era a cirurgia de emergência, para uma situação em que as condições favorecem outras condutas terapêuticas, em alguns casos, por exemplo, é possível considerar o tratamento clínico e até mesmo a conduta expectante (SOARES, 2008).

4.7 Tratamento cirúrgico da GE

A cirurgia é o recurso terapêutico comumente utilizado na abordagem da GE. Nos casos em que ocorre a rotura da tuba com instabilidade hemodinâmica a conduta adotada é a laparotomia. Em outras circunstâncias o método mais adequado é a laparoscopia, pois, dentre as vantagens desta, podemos destacar: baixo custo, rápida recuperação em comparação com a laparotomia e menor tempo de internamento (Wenjing L, Haibo L., 2022).

Nas pacientes que já possuem filhos, a cirurgia mais indicada é a salpingectomia¹ que, assim como também quando ocorre lesão irremediável na tuba uterina, quando for realizada salpingostomia² e ocorrer hemorragia durante o procedimento, quando houver reincidência de GE na mesma tuba uterina e quando os

¹ salpingectomia: Remoção das tubas uterinas ou trompas de Falópio.

² salpingostomia: Abertura cirúrgica da trompa de falópio para retirada da massa anexial.

níveis de β -hCG estiverem muito altos (BANGSGAARD *et al.*,2003). A indicação da salpingostomia aplica-se aos casos em que a paciente não possui prole constituída a fim de resguardar a fertilidade, preservando a integridade tubária e, conseqüentemente, a capacidade reprodutiva (BANGSGAARD *et al.*,2003).

A salpingostomia laparoscópica é significativamente menos bem-sucedida do que a abordagem cirúrgica aberta na eliminação da gravidez ectópica tubária (2 ECRs, n = 165, OR 0,28, IC 95% 0,09, 0,86) devido a uma taxa persistente significativamente maior de trofoblastos em cirurgia laparoscópica (OR 3,5, IC 95% 1,1, 11). No entanto, a abordagem laparoscópica é significativamente menos dispendiosa que a cirurgia aberta (p=0,03). (HAJENIUS 2007)

4.8 Tratamento medicamentoso da GE

No final de 1980 foram determinados protocolos na abordagem terapêutica medicamentosa da GE com MTX e atualmente esses protocolos ainda são seguidos por inúmeros serviços. A utilização de MTX no tratamento da GE está presente na literatura médica desde a década de 80. (BARNHART *et al.*, 2011).

O MTX é um antagonista do ácido fólico e impede a divisão celular trofoblásticas, causando a redução dos componentes essenciais a síntese do ácido desoxirribonucleico (DNA) e ácido ribonucleico (RNA). O antagonista do MTX é o ácido folínico (leucovorin), que geralmente é utilizado para reduzir os efeitos colaterais, quando são utilizadas elevadas doses do MTX (BARNHART *et al.*, 2011).

Atualmente são utilizados dois esquemas na administração de MTX: dose única e doses múltiplas. Seguindo o esquema de dose única, deve ser ministrado o MTX com dosagem de 50 mg/m² via intramuscular (BARNHART *et al.*, 2011). É possível ministrar uma terceira dose de MTX caso não ocorra diminuição dos níveis de β -hCG, sendo necessário avaliar os casos que demandem mais doses. Sendo assim, a designação dada para o esquema de dose única é apenas hipotética, pois é possível que seja necessário a utilização de doses suplementares (BARNHART *et al.*, 2011). O protocolo

de múltiplas doses consiste na aplicação intramuscular de MTX na dose de 1 mg/kg (nos dias 1, 3, 5 e 7), alternando com leucovorin (ácido folínico) na dose de 0,1 mg/kg (nos dias 2, 4, 6 e 8). Nesse protocolo, não se deve administrar mais que quatro doses de MTX (BARNHART *et al.*, 2011).

Dentre os critérios para ministração do MTX em casos de GE podemos destacar: estabilidade hemodinâmica, tamanho da massa anexial menor ou igual a 3,5 cm, ausência de dor abdominal, funções normais hepática e renal e desejo de constituir prole futuramente. As contraindicações são: gravidez intrauterina; imunodeficiência; anemia moderada para intensa, leucopenia (leucócitos $<2.000 \text{ cel/mm}^3$) ou trombocitopenia (plaquetas <100.000); sensibilidade prévia ao MTX, na vigência de doença pulmonar e úlcera péptica e amamentação (Han KK., 1999).

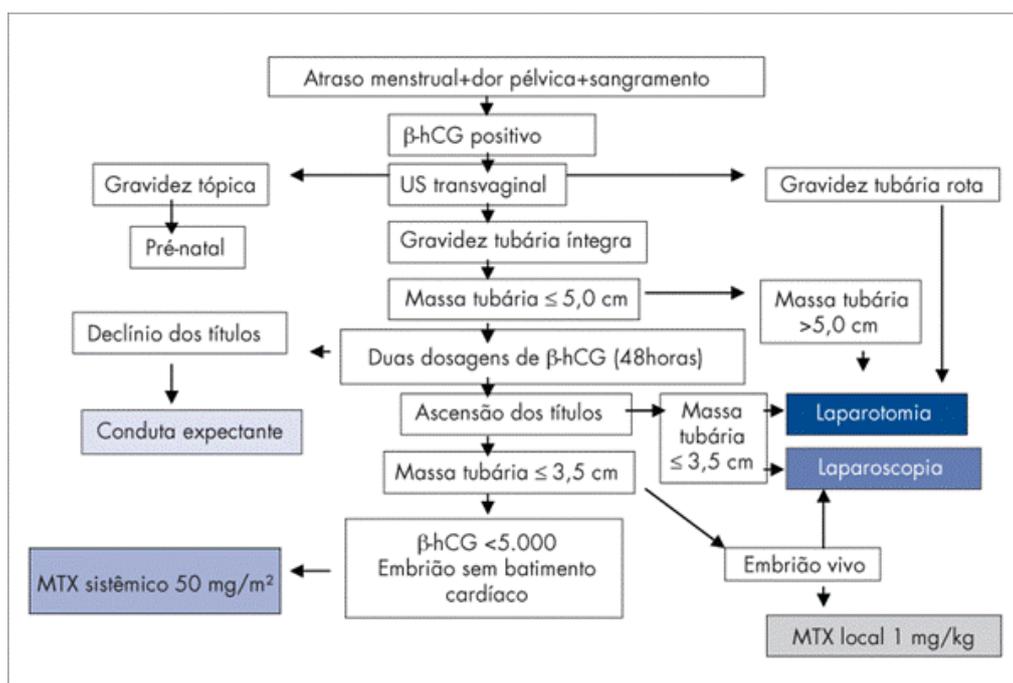
O enfermeiro deve orientar a paciente submetida ao tratamento com MTX a tomar alguns cuidados após a administração do medicamento, salientando o quanto é importante seguir o tratamento da forma correta. Recomenda-se também evitar relações sexuais até os níveis de β -hCG negativarem; fazer exames ginecológico, exposição solar para diminuir o risco de dermatites devido ao uso de MTX, evitar bebidas alcoólicas, evitar comidas e vitaminas que contenham ácido fólico; alimentos que produzam gases por causar dor abdominal. Deve-se também evitar nova concepção até a eliminação da GE e por período de três meses após a utilização do MTX devido ao risco de má formação congênita. (ROCHA GH *at al.*, 2013).

4.9 Conduta expectante

Dentre os critérios para aplicação da conduta expectante estão: estabilidade hemodinâmica, ausência de embrião vivo, o diâmetro transversal máximo da massa tubária ser inferior a 5,0 cm e a diminuição dos níveis de β -hCG no intervalo de 24 a 48 horas sem tratamento (Han KK., 1999). Este último é o critério mais importante para aplicação da conduta expectante, pois evidencia que a gravidez não está evoluindo (Han KK., 1999). O resultado com a conduta expectante, no que se refere ao potencial reprodutivo e à permeabilidade tubária, é semelhante aos das pacientes tratadas com MTX, com 78% de permeabilidade tubária (KYUNG; ELITO JUNIOR; CAMANO 1999).

As indicações na abordagem terapêutica devem ser seguidas no que diz respeito tanto às intervenções cirúrgicas como também do tratamento clínico o fluxograma apresentado na figura 14 foi elaborado com objetivo de orientar a conduta mais adequada para cada caso. A laparotomia está indicada nos casos de instabilidade hemodinâmica. A laparoscopia é a via preferencial para o tratamento da gravidez tubária. A salpingectomia deve ser realizada em pacientes com prole constituída e a salpingostomia nas pacientes com desejo reprodutivo.

Figura 14: Fluxograma para o tratamento da GE.



Fonte: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/fmwQT9vYQHJfnP6FrLbNfkp/> Acesso em 07 Julh. 2023.

5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GRAVIDEZ ECTÓPICA

5.1 Papel do enfermeiro

A gestação é um fenômeno natural com alterações fisiológicas, e deve ser tratada pela equipe de saúde e pela gestante como tal, fazendo desse período uma experiência de vida saudável, apesar das alterações do ponto de vista físico, social e emocional. No entanto, tal fenômeno não é isento de riscos, em alguns casos a gestação pode ocasionar risco de morte para a mãe e para o feto, são as chamadas "gestantes de alto risco" e dentre as patologias que incluem uma gestação como sendo de alto risco, destaca-se a GE. (BRASIL, 2012).

Em um processo de GE o enfermeiro desempenha um papel fundamental no cuidado às mulheres. Esses cuidados começam desde a triagem inicial até o acompanhamento pós-operatório e o suporte emocional, objetivando fornecer uma atenção abrangente, individualizada e humanizada às mulheres. Atuando também na coordenação do cuidado multidisciplinar, comunicando-se com outros profissionais da saúde, como médicos e técnicos de enfermagem e garantindo que a paciente receba os cuidados adequados e oportunos facilitando a recuperação e assumindo um papel importante no suporte durante todo o processo de cuidar (BRASIL, 2010).

Fernandes e Lima (2018) abordam em seus estudos que o conjunto de cuidados abrangentes e individualizados nas esferas emocionais e de saúde mental no atendimento às pacientes, podem contribuir significativamente na ajuda quanto aos aspectos de aceitação com a autoimagem comprometida e a fragilizada emocional, além disso, o enfermeiro pode encaminhar essas pacientes aos grupos de ajuda e programas. Caso a paciente esteja enfrente dificuldades no âmbito financeiro, ela pode ser orientada enquanto rede de atenção os caminhos para a garantia da assistência através dos programas, além de encaminhar a assistência social em casos de necessidades mais complexas.

O enfermeiro também pode coordenar encaminhamentos para outros profissionais de saúde, se necessário, como serviços de aconselhamento ou suporte psicológico visto que a GE pode desencadear vários traumas emocionais em uma mulher. Essa condição pode ser vivenciada como uma experiência negativamente

impactante devido aos desafios físicos, emocionais e sociais que apresenta (JARVIS, 2002).

5.2 Sistematização da assistência de enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo estruturado e essencial para a prática profissional dos enfermeiros, A SAE evoluiu ao longo do tempo, refletindo avanços na prática de enfermagem e nas demandas crescentes por serviços de saúde de qualidade. Originada da necessidade de padronizar e organizar a assistência, a SAE se tornou uma abordagem integral, incorporando a coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (COFEN 2009).

A SAE é fundamentada em uma coleta de dados criteriosa, diagnósticos de enfermagem precisos e um processo de planejamento que considera as necessidades únicas de cada paciente. Essa coleta de dados é o ponto de partida, visto que permite aos enfermeiros obterem informações abrangentes sobre a saúde do paciente (PEREIRA GN et al 2017).

Tabela 1. Exemplo de estruturação da SAE

<p>DE: Rotura Tubária RE: Adoção da melhor conduta</p>	<p>Realizar uma avaliação rápida do estado da paciente e encaminhar para atendimento de emergência.</p>
<p>DE: Deteriorização do estado clínico RE: Reestabelecimento da homeostase</p>	<p>Monitoramento contínuo dos sinais vitais e administração de medicamentos prescritos para melhorar os sintomas relacionados à ruptura tubária</p>
<p>DE: Dor RE: Ausência ou alívio da dor</p>	<p>Realizar uma avaliação abrangente da intensidade e características da dor experimentada pela paciente e Administrar analgésicos conforme a prescrição médica para alívio da dor</p>

DE: Ansiedade RE: Redução da ansiedade e estresse associados a condição clínica	Oferecer apoio emocional, Utilizar técnicas de comunicação terapêutica para tranquilizar a paciente.

5.3 Educação e suporte emocional

A gestação é uma experiência única na vida da mulher e caracterizada por importantes alterações fisiológicas e emocionais. A gravidez simboliza a chance de experimentar emoções ambíguas, que ocasionam outras organizações adaptativas na vida da mulher (MALDONADO, 2012). Sendo assim a experiência da interrupção de uma gravidez e as mudanças que se sucedem no ideal da mulher em decorrência desse fato, têm o potencial de desencadear um sentimento de frustração pessoal e de culpabilidade (BENUTE *et al.*, 2006).

A vivência de uma GE pode deixar cicatrizes emocionais profundas na vida de uma mulher. Os prejuízos emocionais decorrentes dessa experiência são diversos e variados, podendo incluir traumas, luto, ansiedade, medo, isolamento e preocupações com a capacidade reprodutiva. Esses sentimentos são legítimos e requerem compreensão, apoio e cuidado adequado (BENUTE *et al.*, 2006).

Embora a jornada emocional após uma GE possa ser desafiadora, muitas mulheres encontram força e resiliência para seguir em frente quando encontram apoio adequado. É possível que essas mulheres alcancem uma sensação renovada de esperança (BENUTE *et al.*, 2006). Nesse contexto, o papel do enfermeiro no acolhimento emocional e na educação é fundamental para fornecer o suporte necessário durante essa fase difícil. Além dos cuidados físicos, o enfermeiro tem um papel fundamental na promoção da saúde, na escuta ativa e no oferecimento de um ambiente acolhedor para que a mulher possa expressar suas emoções e enfrentar os prejuízos emocionais decorrentes dessa experiência (SMELTZER *et al.*, 2012).

O enfermeiro deve abordar o tema de maneira clara, objetiva e acessível, respeitando o nível de conhecimento e a compreensão das pacientes. Explicar o que é a GE, suas causas, fatores de risco e sintomas comuns é essencial para que as

mulheres estejam cientes dos sinais de alerta e possam buscar ajuda médica precoce, caso necessário. A educação também deve incluir informações sobre os métodos de

27

diagnóstico e tratamento disponíveis, assim como os potenciais desdobramentos dessa condição. Um aspecto essencial do acolhimento emocional é ouvir ativamente a mulher, permitindo que ela expresse seus sentimentos sem julgamentos ou pressões (SMELTZER *et al.*, 2005).

A escuta ativa é uma ferramenta poderosa, pois possibilita que a paciente se sinta compreendida e acolhida, favorecendo a liberação emocional e a validação dos seus sentimentos, o enfermeiro pode desempenhar um papel importante ao fornecer informações claras e precisas sobre a GE, seus riscos, tratamentos e perspectivas futuras. A incerteza quanto à saúde e à fertilidade pode aumentar a ansiedade da mulher, e o conhecimento adequado pode ajudar a reduzir os temores e permitir que ela tome decisões informadas sobre seu tratamento e cuidados posteriores (SMELTZER *et al.*, 2005)

Promover a criação de grupos de apoio é outra estratégia valiosa que o enfermeiro pode adotar no acolhimento emocional. Conectar mulheres que passaram por experiências semelhantes proporciona um ambiente de compartilhamento, compreensão mútua e resiliência, possibilitando a troca de experiências e aprendizado através da perspectiva de outras mulheres que superaram desafios semelhantes (LIMA e FERNANDES, 2018).

O enfermeiro também deve trabalhar em parceria com outros profissionais de saúde, como psicólogos e assistentes sociais, para garantir uma abordagem multidisciplinar e abrangente no cuidado das mulheres. A colaboração entre as diferentes especialidades pode enriquecer o acolhimento emocional, proporcionando à paciente um suporte completo para lidar com as questões físicas e emocionais decorrentes da GE (LIMA e FERNANDES, 2018).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, ratifica-se a importância dos enfermeiros, que atuam diretamente no acolhimento e atendimento a essas pacientes. Sendo fundamental

estarem preparados para identificar os sinais e sintomas, acolher e saber tratá-las e referenciá-las. Além disso, a comunicação eficaz é fundamental em uma equipe de saúde bem-preparada. A troca de informações entre os profissionais, incluindo

28

médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros membros da equipe, é crucial para garantir um cuidado coordenado e de qualidade para a paciente. Isso inclui compartilhar resultados de exames, discussões de casos e avaliação conjunta do melhor plano de tratamento.

A incidência de GE vem crescendo, chegando a 01 para cada 80 a 100 gestações então é imperativo que os profissionais de enfermagem estejam preparados para atender a esse público, dado que sua atuação envolve diversas responsabilidades, como: triagem e avaliação inicial, apoio emocional e educação, monitoramento e cuidados de enfermagem.

Através da triagem e avaliação inicial, o enfermeiro obtém informações sobre a condição e os sintomas da paciente, permitindo uma compreensão mais clara das suas necessidades. Isso possibilita o planejamento da SAE e, conseqüentemente, a promoção de cuidados personalizados e adequados às demandas específicas de cada indivíduo.

A experiência da interrupção de uma gravidez tem o potencial de desencadear um sentimento de frustração pessoal e culpa, nesse contexto, o enfermeiro tem um papel fundamental no acolhimento emocional e na educação ofertando informações acerca da patologia e suporte necessário durante essa fase difícil. A assistência de enfermagem deve basear-se no elo de confiança e empatia com a paciente, desde o acolhimento, à escuta ativa, sendo estes meios primordiais para se obter maiores esclarecimentos sobre os sinais e sintomas que podem ser observados na mulher.

REFERÊNCIAS

GONÇALVES, A. D. C. *et al.* SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE DE ALTO RISCO. **Revista Nursing**. v.23, n.265, p.4151-4160. 2019.

BANGSGAARD N., Lund C.O., Ottesen B., Nilas L. **Improvement in fertility after conservative surgical treatment of ectopic pregnancy**. BJOG. 2010;110(8):765-70.

BANGSGAARD, Nannie *et al.* Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology**, v. 110, n. 8, p. 765-770, 2003. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1470-0328\(03\)02253-5](https://doi.org/10.1016/S1470-0328(03)02253-5). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1470032803022535>. Acessado em junho de 2023.

BANERJEE, Saikat *et al.* Expectant management of early pregnancies of unknown location: a prospective evaluation of methods to predict spontaneous resolution of pregnancy. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 108, n. 2, p. 158-163, 2001. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0306-5456\(00\)00031-0](https://doi.org/10.1016/S0306-5456(00)00031-0). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306545600000310>. Acessado em março de 2023.

BARNHART, Kurt T. Early pregnancy failure: beware of the pitfalls of modern management. **Fertility and sterility**, v. 98, n. 5, p. 1061-1065, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.09.018>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028212022376>. Acessado em outubro de 2023.

BARNHART, Kurt T. Novel diagnostic tests of ectopic pregnancy, if at first you don't succeed. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 212, n. 1, p. 4-6, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.07.042>. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(14\)00791-1/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(14)00791-1/fulltext). Acessado em junho de 2023.

BARNHART, Kurt *et al.* Pregnancy of unknown location: a consensus statement of nomenclature, definitions, and outcome. **Fertility and sterility**, v. 95, n. 3, p. 857-866, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.09.006>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028210025367>. Acessado em junho de 2023.

BARNHART, Kurt T. et al. Symptomatic patients with an early viable intrauterine pregnancy: HCG curves redefined. **Obstetrics & Gynecology**, v. 104, n. 1, p. 50-55, 2004. Doi: 10.1097/01.AOG.0000128174.48843.12. Disponível em: https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2004/07000/symptomatic_patients_wit_h_an_early_viable.9.aspx. Acessado em outubro de 2023.

BASTOS, A. C. Ginecologia. 11ª edi. São Paulo: Editora Atheneu Editora, 2006.

BENUTE GRG, Nomura RMY, Lucia MCS, Zugaib M. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. Artigos Originais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 28 (1) • Jan 2006

BOYACIYAN, K. et al. Mortalidade materna na cidade de São Paulo de 1993 a 1995. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 20, p. 13-18, 1998. Doi.org/10.1590/S0100-72031998000100003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/DH4J9NWjXYdp6FxKHNZK4Hb/?lang=pt>. Acessado em setembro de 2023.

BRASIL, Vigitel et al. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 132, 2012. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA==>. Acessado em outubro de 2023.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/excepcionalidade_linhas_cuidado_ceaf.pdf. Acesso em: 18 maio 2023.

BRITO, M. B. et al. Tratamento clínico da gravidez ectópica com metotrexato. **Femina**, v. 37, n. 1, p. 29-34, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/lil-521741>. Acessado em outubro de 2023.

CAMANO, L. Elito Junior J, Han KK. **Gravidez ectópica. Atualização Terapêutica**. 21ª ed. São Paulo: Artes Médicas, p. 1026-30, 2003.

KADAR N, Bohrer M et al. A zona discriminatória da gonadotrofina coriônica humana para ultrassonografia endovaginal: um estudo prospectivo e randomizado. **Fertil Steril**. 1020 –1016: **61**; 2003

CASTELLANOS BEP. Aplicação do processo de enfermagem ao cuidado do paciente na unidade de centro cirúrgico. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**. 2012;12(3):170-86. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BBPGsr8npMGn5KmbMtFJcJy/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em agosto de 2023.

COHEN, Aviad et al. Second-dose methotrexate in ectopic pregnancies: the role of beta human chorionic gonadotropin. **Fertility and sterility**, v. 102, n. 6, p. 1646-1649,

2014. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.08.019>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0015028214020780>. Acessado em julho de 2023.

Conselho Regional de Enfermagem. **Parecer Técnico n.2012016. Parecer quanto ao preparo e administração do Metotrexato injetável pela equipe de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família**. COREN [online]. Disponível em: <https://www.portalcoren.oov.br/siteantislacoes/legislacao/752205b22ef78606.pdf>. Acesso em: 18 setembro. 2023.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2009. [ACESSADO EM 18 /12/ 2023]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

COMARÚ, Marlúcia Nunes; CAMARGO, Celina de Arruda. Assistência de enfermagem no pré e pós-operatório de ortopedia e traumatologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 29, p. 30-35, 1976. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-716719760002000004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/RQ55QfCB4ymjL7D9cPQhcFR/>.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN n. 358/2009. Dispõe sobre a **sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados**. Brasília; 2009.

DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. **Online Brazilian Journal of Nursing [recurso eletrônico]**. Rio de Janeiro. Vol. 9, n. 3 (2010), f. 1-13, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/104461>. Acessado em novembro de 2023.

ELITO JUNIOR, Julio *et al.* Gravidez ectópica não rota: diagnóstico e tratamento. Situação atual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, p. 149-159, 2008. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000300008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/fmwQT9vYQHJfnP6FrLbNfkp/>. Acessado em julho de 2023.

EL BISHRY, G.; GANTA, S. The role of single serum progesterone measurement in conjunction with β hCG in the management of suspected ectopic pregnancy. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 28, n. 4, p. 413-417, 2008. Doi: <https://doi.org/10.1080/01443610802149806>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443610802149806>. Acessado em janeiro de 2023.

FEBRONIO EM, *et al.* Gravidez Ectópica: Ensaio iconográfico com enfoque em achados de tomografia computadorizada e ressonância magnética. **Radiologia Brasileira**, v 45, p.279-282, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100->

39842012000500009.

Disponível

em:

<https://www.scielo.br/j/rb/a/sxfRSpHVdj8WYBfGFpbNZG/?lang=pt&format=pdf>

Acessado em janeiro 2023.

FERNANDES, K. V. M. L.; LIMA, C. B. Gravidez Ectópica: Reflexões Acerca Da Assistência De Enfermagem Ectopic Pregnancy: Reflections On Nursing Care. **VOLUME 18 NÚMERO**, p. 111, 2018. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/profile/Wilma-Suely-](https://www.researchgate.net/profile/Wilma-Suely-Pereira/publication/47753053)

[Pereira/publication/47753053 Analysis of the nurses' work process in the attendance at health basic units/links/62e3288e3c0ea87887644219/Analysis-of-the-nurses-work-process-in-the-attendance-at-health-basic-units.pdf#page=111.](https://www.researchgate.net/profile/Wilma-Suely-Pereira/publication/47753053/analysis-of-the-nurses-work-process-in-the-attendance-at-health-basic-units/links/62e3288e3c0ea87887644219/Analysis-of-the-nurses-work-process-in-the-attendance-at-health-basic-units.pdf#page=111)

Acessado em julho de 2023.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; MENDES, Isabel Amélia Costa. A busca das melhores evidências. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/cfryP6YKfwDY8FgtCVgRN7d/?format=pdf&lang=pt> .

Acesso em 27 de julho 2023.

GOUVEIA HG, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Rev Latino-am Enfermagem**, v 12, p.175-82, 2004. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200005>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/bWmTcws6bsZrPzSdjPQgYhM/?lang=pt>. Acessado em junho de 2023.

GRACIA CR, Barnhart KT. Diagnosticando Gravidez Ectópica: análise de decisão comparando seis estratégias. **Obstetrics & Gynecology**, v 97, n. 3 p. 464-70. 2001. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(00\)01159-5](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(00)01159-5). Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029784400011595>.

Acessado em junho de 2023.

GRACZYKOWSKI JW, Mishell DR Jr. Profilaxia com Metotrexato para gravidez ectópica persistente após tratamento conservador por salpingostomia. **Obstet Gynecol**. 2010;89(1):118-22.

GOMES, I. M. e ROMANEK, F. A. R. M. Enfermagem perioperatória: cuidados à mulher submetida à histerectomia. **Revista Recien**. vol.3, nº8, p.18-24. São Paulo, 2013. Doi: DOI: 10.24276/rrecien2021.3.8.18-24. Disponível em:

<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/53>. Acesso em: 5 dez. 2023.

HAN KK, Elito Júnior J, Camano L. **Conduta expectante para gravidez tubária íntegra**. Rev Bras Ginecol Obstet. 1999;21(8):465-70.

HAJENIUS PJ, Mol F, Mol BW, Bossuyt PM, Ankum WM, van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;2007(1):CD000324. doi: 10.1002/14651858.CD000324.pub2. PMID: 17253448; PMCID: PMC7043290.

HOLANDA, Antônio Arildo Reginaldo de Holanda et al. Controvérsias acerca do dispositivo intrauterino: **uma revisão**. *Femina*, v. 41, n. 3, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-730206>. Acessado em novembro de 2023.

JARVIS C. **Exame físico e avaliação da saúde**. 3º ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2002.

JIMÉNEZ, J. Gómez. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. **emergencias**, v. 15, n. 1, p. 165-174, 2003. Disponível em: https://revistaemergencias.portalsemes.org/images/abstracts/files/Emergencias-2003_15_3_165-174-174.pdf. Acessado em novembro de 2023.

KIRK, Emma; BOTTOMLEY, Cecilia; BOURNE, Thomas. Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location. In KIRK, E.; BOTTOMLEY, C.; BOURNE, T.; **Human reproduction update**, v. 20, n. 2, p. 250-261, 2014.

KYUNG KOO, Han; ELITO JUNIOR, Julio; CAMANO, Luiz. Conduta expectante para gravidez tubária íntegra. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 21, p. 465-470, 1999. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72031999000800007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/GH8snhwrs3GcDFq9tpWswrN/>. Acessado em setembro de 2023.

LIMA, B.C; Fernandes M.V.K. Gravidez ectópica: **reflexões acerca da assistência de enfermagem**. Temas em Saúde. ISSN 2447-2131 João Pessoa, 2018 v. 18. n.1.

LIN EP, Bhatt S, Dogra VS. **Diagnostic clues to ectopic pregnancy**. Radiographics. 2008;28:166171.

LOUREIRO, Teresa et al. Non-viable cervico-isthmic pregnancy: the importance of an accurate sonographic diagnosis to preserve fertility. **Fetal diagnosis and therapy**, v. 18, n. 5, p. 289-291, 2003. Doi: <https://doi.org/10.1159/000071985>. Disponível em: <https://karger.com/fdt/article-abstract/18/5/289/137588/Non-Viable-Cervico-Isthmic-Pregnancy-The>. Acessado em outubro de 2023.

LOWERMILK DL, Perry SE, Bobak IM. **O cuidado em enfermagem materna**. 5º ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2002.

MALDONADO, Maria Tereza Pereira. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. In: **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 2012. p. 118-118. (Monografia) - Sec. Est. Saúde SP / SESSP-ISACERVO, São Paulo.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf Acesso em 18/07/2023. Acessado em setembro de 2023.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Acolhimento com Classificação de Risco: um paradigma estético no fazer saúde** [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004 [citado 2010 set 12]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05_0050_FL.pdf. Acessado em agosto de 2023.

MOAWAD, Nash S. et al. Current diagnosis and treatment of interstitial pregnancy. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 202, n. 1, p. 15-29, 2010. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.07.054>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937809008400>. Acessado em junho de 2023.

MOAWAD, Nashat S.; DAYARATNA, Sandra; MAHAJAN, Sangeeta T. Mini-cornual excision: a simple stepwise laparoscopic technique for the treatment of cornual pregnancy. **JLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons**, v. 13, n. 1, p. 87, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3015918/>. Acessado em março de 2023.

NASCIMENTO, J. L. B. do; ZANOVELLO, S. C.; GALBARINI, T. M. de C. F.; OLIVEIRA, D. M. C. de. Cuidados de enfermagem frente aos riscos evidenciados na gravidez ectópica / Nursing care facing risks evoked in ectopic pregnancy. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 1444–1454, 2019. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1369>. Acesso em: 6 dec. 2023.

NETHER, Gabriela Mendes et al. Tratamento conservador da gravidez ectópica. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 2, n. 2, 2019. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1383>. Acessado em novembro de 2023.

Pereira GN, Abreu RNDC, Bonfim IM, Rodrigues AMU, Monteiro LB, Sobrinho JM. **Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente**. *Enferm Foco*. 2017;8 (2):21-5. doi: 10.21675/2357-707X.2017.v8.n2.985 » <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n2.985>

PEIXOTO, Rafaela Lombardo *et al.* Tratamento clínico de gravidez ectópica com uso do metotrexate. **Revista rede de cuidados em saúde**, v. 11, n. 2, 2017.

REZENDE Filho, J de; Montenegro, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 11 ed; 2008. 607 p.

RIOS, Livia Teresa Moreira et al. Anormalidades do primeiro trimestre da gravidez: ensaio iconográfico. **Radiologia Brasileira**, v. 43, p. 125-132, 2010. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-39842010000200014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rb/a/vvnC48z8KfN8bKmKrxXP5TL/?lang=pt>. Acessado em junho de 2023.

ROCHA, Glauco Heirison dos S. *et al.* Gestação ectópica: compreensão e crenças a respeito do diagnóstico, tratamento e suas repercussões. **Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 2, p. 02-26, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092013000200002&script=sci_arttext. Acessado em abril de 2023.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Aborto recorrente. London: **RCOG**; 2006. (Greentop Guideline; no. 17).

SAGILI H, Mohamed K.. Gravidez de localização desconhecida: uma abordagem baseada em evidências para o gerenciamento. **The Obstetrician & Gynecologist** 2008;10:224–230. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1576/toag.10.4.224.27438>. Acessado em 21 Maio de 2023.

SOUZA, Marcela Tavares; SILVA, Michelly Dias; CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein, São Paulo**, v. 8, p. 102-106, 2010. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 18 de agosto 2015.

SOARES, Roberto da Costa *et al.* Espessura endometrial como fator orientador do tratamento clínico da gravidez tubária íntegra. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, p. 309-313, 2002. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032002000500004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/sDYQ6WTnLdDq7X7GnxTXbSk/?lang=pt>. Acessado em junho de 2023.

SOARES RC, CAMANO L. Gravidez ectópica não rota: diagnóstico e tratamento. Situação atual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 30 (3) • Mar 2008. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/fmwQT9vYQHJfnP6FrLbNfkp/?lang=pt> Acesso em: 06 junho 2023.

SMELTZER, S.C. *et al*; Brunner&Suddarth: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 10 ed; 2005. 1133 p. ilustr.

TULANDI, Togas; AL-JAROUDI, Dania. Interstitial pregnancy: results generated from the Society of Reproductive Surgeons Registry. **Obstetrics & Gynecology**, v. 103, n. 1, p. 47-50, 2004. Doi: 10.1097/01.AOG.0000109218.24211.79. Disponível em: https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2004/01000/interstitial_pregnancy_results_generated_from_the.9.aspx. Acessado em agosto de 2023.

WENJING L, Haibo L. *Therapeutic effect of laparoscopic salpingotomy vs. salpingectomy on patients with ectopic pregnancy: A systematic review and meta-analysis.* **Front Surg.** 2022 Oct 11;9:997490. doi: 10.3389/fsurg.2022.997490. PMID: 36303847; PMCID: PMC9592917.

YEW, Y. K. *et al.* Analysis of pH and electrically controlled swelling of hydrogel-based micro-sensors/actuators. **Biomedical microdevices**, v. 9, p. 487-499, 2007.

Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10544-007-9056-4>.
Acessado em março de 2023.

DECLARAÇÃO DE REVISÃO ORTOGRÁFICA

Eu, Leandro dos Santos Silva, brasileiro, casado, professor de Língua Portuguesa e suas Literaturas, licenciado em Letras-Português pela Faculdade de Letras de Alagoas -UFAL, mestre em Letras pelo Programa de Pós-Graduação em Letras e Linguística, inscrito no CPF nº 065.094.984-64, portador do diploma de Licenciatura nº 414, folha 42, do livro nº 17, conforme processo nº 5126/2016-97 e do diploma de pós-graduação nº 953, livro 05, folha 96, conforme processo nº 24848/2019-93, ambos devidamente registrados no Ministério da Educação, DECLARO à FACULDADE DA CIDADE DE MACEIÓ (FACIMA) que revisei ortograficamente o Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em enfermagem intitulado "ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES ACOMETIDAS POR GRAVIDEZ ECTÓPICA: REVISÃO DA LITERATURA", de MARYSE RAMOS DE MELO FRANCIOLLY FONSECA.

Declaro ainda estar o trabalho supramencionado de acordo com as normas gramaticais e ortográficas vigentes.

Maceió-AL, 19 de janeiro de 2024

LEANDRO DOS SANTOS Assinado de forma digital por LEANDRO
SILVA:06509498464 DOS SANTOS SILVA:06509498464
Dados: 2024.01.19 14:15:19 -03'00'

Prof. Me. Leandro dos Santos Silva

REVISOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

O(A) REITOR(A) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS Profª Maria Valéria Costa Correia

em 23/04/2019, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão
do Programa de Pós-Graduação em LETRAS E LINGUÍSTICA
Área de Concentração: Estudos Literários, por

LEANDRO DOS SANTOS SILVA

de nacionalidade Brasileira, natural de Maceió - AL,
nascido(a) a 10/08/1991, portador(a) da Carteira de Identidade nº 3110645-5
expedida pelo(a) Secretaria de Estado da Defesa Social de Alagoas,
outorga-lhe o presente Diploma de MESTRE EM LETRAS,
a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Maceió, 19 de julho de 2019

Maria Virgínia Boyes Anunciação
Pró-Reitor(a) de Pesquisa e Pós-Graduação

Leandro dos Santos Silva
Diplomado

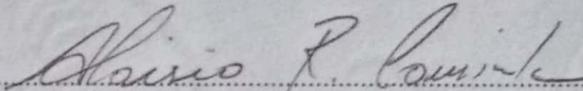
Maria Valéria C. Correia
Reitor(a)

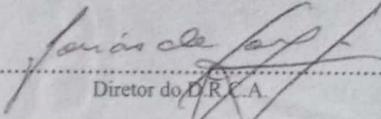
O Curso a que se refere o presente diploma foi reconhecido em conformidade com a portaria do MEC nº 2.530 de 04/09/2002 publicada no D.O.U. em 06/09/2002.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
DEPARTAMENTO DE ASSUNTOS ACADÊMICOS
SEÇÃO DE EXPEDIENTE E REGISTRO DE DIPLOMAS

DIPLOMA registrado sob o N° 953 no
livro 05 Folha 96 conforme processo
N° 24848/2009-93

Maceió-AL, em 22 de 07 de 2009


.....
(Chefe da Seção de Expediente e Registro de Diplomas)

CONFERE: 
.....
Diretor do D.R.C.A.

Nº 000530