

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA

ANA KAROLINA FERREIRA PEREIRA  
RAMA VALENTE LOURENÇO

**GRAVIDEZ ECTÓPICA NA CICATRIZ UTERINA DE CESÁREA EM  
UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESTADO DO PARÁ: RELATO DE  
CASO**

BELÉM

2022

ANA KAROLINA FERREIRA PEREIRA

RAMA VALENTE LOURENÇO

**GRAVIDEZ ECTÓPICA NA CICATRIZ UTERINA DE CESÁREA EM UM HOSPITAL  
DE REFERÊNCIA NO ESTADO DO PARÁ: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para  
obtenção do grau em Medicina pela Universidade  
Federal do Pará.

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Wilkens  
Cavalcante.

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Florentina do Socorro  
Martins Balbi.

BELÉM

2022

ANA KAROLINA FERREIRA PEREIRA

RAMA VALENTE LOURENÇO

**GRAVIDEZ ECTÓPICA NA CICATRIZ UTERINA DE CESÁREA EM UM HOSPITAL  
DE REFERÊNCIA NO ESTADO DO PARÁ: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina  
pela Universidade Federal do Pará.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. José Carlos Wilkens Cavalcante / Orientador – UFPA

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Francianne Silva Rocha / Docente - UFPA

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Lecy Kawamura / Docente - UFPA

**APROVADO EM:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**CONCEITO:** \_\_\_\_\_

Dedicamos este trabalho a todos que  
contribuíram direta ou indiretamente em  
nossa formação acadêmica.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao nosso orientador, Prof. Dr. José Carlos Wilkens Cavalcante, e a nossa co-orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Florentina do Socorro Martins Balbi, pelo valioso auxílio na orientação deste trabalho.

À nossa banca examinadora, que aceitou estar presente no dia da defesa deste trabalho.

Às nossas amigas, por terem nos dado força e perseverança na construção deste trabalho.

Aos meus pais, Sérgio da Costa Pereira e Rosilda Ferreira Pereira. À minha tia madrinha, Maria Luiza Pinheiro Ferreira. Ao meu irmão, Sérgio da Costa Pereira Júnior. Ao meu namorado, Wellton José Ribeiro Pestana. Todos fizeram a construção deste trabalho ser menos árduo.

ANA KAROLINA FERREIRA PEREIRA

A minha mãe, Maria do Rosário Valente. Aos meus tios, Jorge Bitencourt Quaresma e Maria José da Rocha Quaresma. A minha madrinha, Romena da Rocha Quaresma. Aos meus irmãos, em especial Gugatana Valente Miranda. Ao meu namorado, Pedro Borba Freire. Todos estiveram ao meu lado dando-me suporte e perseverança na construção deste trabalho.

RAMA VALENTE LOURENÇO

“Nada é tão nosso como os nossos sonhos”.

(Friedrick Nietzsche)

## RESUMO

A gravidez ectópica caracteriza-se pela implantação do blastocisto em uma cavidade que não seja a superfície endometrial do útero. A localização mais comum de acontecer esse tipo de gestação é na tuba uterina, especificamente na região ampular. Uma gestação ectópica na cicatriz uterina de cesárea é considerada a apresentação mais rara de gravidez ectópica e de elevada morbimortalidade. Sua fisiopatologia ainda é pouco elucidada, mas se entende que é uma gravidez inserida na cicatriz uterina de cesariana, circundada por miométrio e tecido fibroso. Nos últimos anos, o aumento substancial de cesarianas realizadas tem sido um dos fatores primordiais no aparecimento dessa gestação. O quadro clínico, dosagens hormonais e estudo de imagens são usados para o diagnóstico, os quais serão relevantes para traçar a terapêutica mais adequada a cada caso, desde tratamento conservador até cirurgia.

**Objetivo:** relatar um caso raro de gravidez ectópica em cicatriz uterina de cesárea ocorrido em um hospital de referência no atendimento à gestante de alto risco no Estado do Pará. **Metodologia:** estudo secundário, observacional, descritivo e retrospectivo, por meio de revisão de prontuário médico. **Relato de caso:** paciente do sexo feminino, 24 anos, G3PC2A0, foi admitida em enfermaria de maternidade de alto risco em Belém/PA, com quadro de dor pélvica e sangramento vaginal em média quantidade, apresentando, na fossa ilíaca esquerda, dor à palpação superficial. Os exames de beta-HCG e exames de imagem, como ultrassonografias transvaginais, indicaram gravidez ectópica e, por meio de laparotomia exploradora, foi identificado embrião e restos ovulares na região de incisão de cesariana anterior. **Conclusão:** Conclui-se, dessa forma, que a gravidez ectópica na cicatriz de cesariana se revela como um caso excepcional de gestação ectópica não-tubária e de alta mortalidade. Felizmente, houve um desfecho favorável à condição da paciente. No entanto, são necessários mais estudos que se aprofundem na temática que possam ajudar a lidar com o desafio para a equipe médica que é a decisão sobre a melhor conduta terapêutica em cada fase da gestação.

**Palavras-chave:** cesárea; cicatriz; gravidez ectópica.

## ABSTRACT

Ectopic pregnancy is characterized by the implantation of the blastocyst in a cavity other than the endometrial surface of the uterus. The most common location for this type of pregnancy is in the uterine tube, specifically in the ampullary region. An ectopic pregnancy in the uterine scar of a cesarean section is considered the rarest presentation of ectopic pregnancy and of high morbidity and mortality. Its pathophysiology is still poorly elucidated, but it is understood to be a pregnancy inserted into the uterine cesarean scar, surrounded by myometrium and fibrous tissue. In recent years, the substantial increase in cesarean sections performed has been one of the primary factors in the appearance of this pregnancy. The clinical picture, hormonal dosages, and imaging studies are used for the diagnosis, which will be relevant in defining the most appropriate therapy for each case, from conservative treatment to surgery. **Objective:** to report a rare case of ectopic pregnancy in a cesarean section uterine scar that occurred in a reference hospital for high-risk pregnant women in the state of Pará. **Methodology:** secondary, observational, descriptive and retrospective study, by reviewing medical records. **Case report:** a 24-year-old, female patient, G3P2CA0, was admitted to a high-risk maternity ward in Belém/PA, with pelvic pain and vaginal bleeding in moderate quantity, presenting pain on superficial palpation in the left iliac region. The beta-HCG and imaging exams, such as transvaginal ultrasound, indicated ectopic pregnancy and, by means of exploratory laparotomy, an embryo and ovarian remains were identified in the region of the previous cesarean incision. **Conclusion:** Thus, we conclude that ectopic pregnancy in a cesarean section scar is an exceptional case of a non-tubal ectopic pregnancy with high mortality. Fortunately, there was a favorable outcome to the patient's condition. However, more studies are needed that delve into the subject that can help deal with the challenge for the medical team that is the decision about the best therapeutic conduct at each stage of pregnancy.

**Keywords:** ectopic pregnancy; scar; cesarean

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.1. OBJETIVO GERAL .....	10
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>16</b>
<b>4. RELATO DE CASO .....</b>	<b>17</b>
4.1. ANAMNESE .....	17
4.2. EXAME FÍSICO.....	18
4.3. EXAMES SUBSIDIÁRIOS.....	18
4.4. INTERVENÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA .....	19
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>26</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>30</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A gestação ectópica é a implantação do blastocisto fora da cavidade endometrial, podendo acontecer em diversos locais, incluindo a cicatriz uterina de uma cesariana prévia. Essa é uma condição rara, embora sua incidência venha aumentando devido aos crescentes números de cesariana e cirurgias uterinas na última década, e de elevada morbimortalidade (MELO et. al., 2021).

O blastocisto normalmente implanta-se na superfície endometrial da cavidade uterina. Em 1% a 2% das gestações, a implantação do blastocisto ocorre fora desse local, seja nas trompas, ovários, peritônio, cérvix ou ligamento largo. Essa condição é denominada gravidez ectópica (FRÓIS et. al., 2010). A localização mais comum é nas tubas uterinas, correspondendo a 95% dos casos, e dessas, 80% ocorrem na região ampular (SARTORETTO; BARONI; BISCARO, 2018).

Nas últimas décadas, a cesariana tornou-se a cirurgia mais realizada nas mulheres em várias regiões do mundo. Como consequência, ocorreu também um aumento consistente dos relatos de complicações graves imputadas a esse crescimento global das cesáreas, como aderências intra-abdominais, placenta prévia, acretismo placentário, ruptura uterina, gravidez ectópica e infertilidade. De forma ainda mais preocupante, ocorreu um aumento substancial de relatos sobre uma nova complicação de longo prazo, que decorre da implantação embrionária anômala no útero das portadoras de cesáreas prévias: a gravidez ectópica em cicatriz de cesariana (GECC). Caracteriza-se pela implantação do blastocisto no interior da cicatriz de cesariana, circundado por miométrio e tecido conjuntivo, completamente separado da cavidade endometrial. Segundo Fylstra, o primeiro relato de GECC foi realizado por Larsen e Solomon em 1978, sendo descrita como uma hemorragia pós-abortamento devido a um sáculo em cicatriz uterina de cesárea prévia. A real incidência da GECC ainda não foi definida; porém, alguns estudos já relataram uma ocorrência entre 1:2.216 e 1:1.800 de todas as gestações (COUTINHO et. al., 2014).

Os principais fatores de risco para gravidez ectópica estão associados a doença inflamatória pélvica, cirurgia tubária prévia (inclusive laqueadura e salpingectomia), cirurgia pélvica (incluindo cesárea e cistectomia ovariana), cirurgia abdominal anterior (incluindo apendicectomia e cirurgia intestinal), infertilidade,

tecnologia de reprodução assistida, endometriose, dispositivo contraceptivo intrauterino, tabagismo, idade materna superior a 35 anos e gravidez ectópica prévia (SANTOS; IMBIRIBA; NEVES, 2017).

Em relação às manifestações clínicas, a paciente pode ser assintomática (37% dos casos) ou apresentar quadro clínico variando desde sangramento vaginal, associado ou não a dor abdominal, até ruptura uterina e choque hipovolêmico (SARTORETTO; BARONI; BISCARO, 2018).

A grande maioria das gestações ectópicas, hoje, pode ser diagnosticada precocemente, permitindo tratamentos mais conservadores. O diagnóstico de suspeita de gestação ectópica geralmente é feito após uma avaliação combinada de história clínica, marcadores hormonais e funcionalidade ecográfica (MACHADO et. al., 2010).

As opções terapêuticas são a conduta conservadora, tratamento medicamentoso ou cirúrgico, que devem ser escolhidos de acordo com a idade gestacional, nível sérico do beta-hCG, viabilidade da gravidez, integridade miometrial, estado clínico e sintomas da paciente, além da paridade e desejo de preservar a fertilidade (MELO et. al., 2021).

Visto que existem poucos trabalhos na literatura acerca da gestação ectópica na cicatriz de cesárea, a realização deste trabalho justifica-se por sua relevância na contribuição com o debate em torno da temática abordada.

### 1.1. OBJETIVO GERAL

Relatar um caso raro de gravidez ectópica em cicatriz uterina de cesárea ocorrido em um hospital de referência no atendimento à gestante de alto risco no Estado do Pará.

### 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a história clínica da paciente que apresenta esse tipo de gestação.
- Caracterizar os métodos diagnósticos empregados e sua importância para a abordagem correta desta afecção médica.

- Identificar os fatores que levaram à terapêutica empregada.
- Confirmar se os mesmos métodos diagnósticos e terapêuticos utilizados para a resolução deste caso são os métodos já estabelecidos na literatura.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

O Brasil vive uma epidemia de operações cesarianas, com aproximadamente 1,6 milhão de cesarianas realizadas a cada ano. Nas últimas décadas, a taxa nacional de operações cesarianas tem aumentado progressivamente e a cesariana tornou-se o modo mais comum de nascimento em nosso país. A taxa de operação cesariana no Brasil está ao redor de 56%, havendo uma diferença importante entre os serviços públicos de saúde (40%) e os serviços privados de saúde (85%). (BRASIL, 2013).

A gravidez na cicatriz de cesariana é uma entidade rara e se define como a implantação de um saco gestacional em uma cicatriz deficiente de cesariana do segmento uterino inferior. Sua incidência estimada é de cerca de uma em cada 2.000 gestações e representa cerca de 6% das gestações ectópicas em mulheres com cesárea prévia. O número crescente de casos relatados parece refletir na quantidade geral de cesarianas, mas também na melhoria da capacidade diagnóstica e maior índice de suspeita (ALENCOÃO; CARVALHO; MORGADO, 2018).

A fisiopatologia ainda é pouco elucidada, mas se entende que é uma gravidez inserida na cicatriz uterina de cesariana prévia, completamente circundada por miométrio e tecido fibroso. Tem sido proposto que a implantação do embrião invada o miométrio por meio de um trato microtubular localizado entre a cavidade endometrial e a cicatriz de cesárea. A gravidez ectópica em cicatriz cesariana anterior difere da placenta prévia acreta por sua invasão precoce no miométrio e por ser completamente circundada por tecido fibroso de cicatriz. A gravidez ectópica pode voltar a crescer em direção à cavidade uterina, potencialmente formando uma gravidez increta ou percreta, ou pode sair do útero e seguir em direção à bexiga e à cavidade abdominal, implantando-se em outro lugar no abdômen, que é o tipo mais sujeito a ruptura e a sangramento importante (DEANS, R., ABBOTT, J, 2010; CASERTA; BACHA; GRASSIOTTO, 2017).

Para Coutinho et. al. (2014), o diagnóstico desta condição rara é feito por meios clínicos e ultrassonográficos. Em geral, como o quadro clínico não apresenta sintomas ou sinais característicos e pode ser assintomático inicialmente, o diagnóstico definitivo baseia-se principalmente na propedêutica complementar. De acordo com uma série de 12 casos, relatada por Seow et al. (2004), a idade gestacional no momento do

diagnóstico variou de 5 a 12 semanas e 4 dias (média:  $7,5 \pm 2,5$  semanas) e o intervalo entre a última cesariana e a gestação ectópica foi de 6 meses a 12 anos.

Sendo o quadro clínico dessa afecção inespecífico, o sinal inicial mais comum é o sangramento transvaginal indolor (39%) ou acompanhado de dor leve a moderada (16%). Em 37% das portadoras, o quadro clínico é assintomático. O exame físico em mulheres estáveis é geralmente normal. A ocorrência de dor aguda intensa com sangramento abundante aponta para a iminência de ruptura, enquanto o colapso hemodinâmico indica fortemente o rompimento da gravidez ectópica (TIMOR-TRITSCH, I. E. et. al., 2012).

São citados como fatores de risco o número de cesáreas prévias, o intervalo curto entre a cesariana e a gestação subsequente, a indicação da cesárea anterior e o número de camadas de sutura utilizadas na histerografia, além das condições de risco para acretismo placentário, como uma ruptura endometrial prévia por curetagem uterina, miomectomia, metroplastia ou remoção manual da placenta. Devido ainda à raridade deste tipo de gravidez ectópica, é impossível uma conclusão definitiva sobre a importância desses fatores predisponentes; porém, Michener e Dickinson (2009) confirmaram uma associação positiva apenas com a rotura endometrial prévia e a realização da cesárea mais recente antes do início do trabalho de parto.

Seow et. al. (2004) realizaram um estudo para documentar a ocorrência de gravidez ectópica em cicatriz uterina prévia e o seu manejo adequado. Em cinco anos, 642 pacientes foram internadas em hospital de referência em Taipei (Taiwan) por gravidez ectópica, 198 (30%) haviam realizado, ao menos, uma cesárea anterior, das quais apenas 12 (6%) foram diagnosticadas com gravidez em cicatriz de cesárea prévia, por meio de ultrassom transvaginal. Entretanto, os pesquisadores não conseguiram relacionar o aumento do risco de gravidez ectópica na cicatriz cesariana com o maior número de cesáreas prévias, pois apenas 9 (75%) pacientes tiveram apenas uma cesariana anterior e outras 3 (25%) tiveram duas cesarianas anteriores; 2 (16%) das mulheres tinham história de uso de dispositivo intrauterino (DIU), enquanto outras 3 (25%) tinham história de doença inflamatória pélvica prévia (DIP).

Segundo Rotas et al. (2006), o emprego da ultrassonografia transvaginal de alta resolução e do Doppler colorido tornou-se essencial para o diagnóstico da

gestação ectópica em cicatriz de cesárea, particularmente em associação com testes mais modernos e sensíveis de  $\beta$ -hCG sérico. A sensibilidade da ecografia endovaginal no diagnóstico da gravidez ectópica é de 84,6%. O diagnóstico diferencial deve incluir implantação baixa do saco gestacional, gravidez cervical e abortamento espontâneo em evolução.

Mais recentemente, Timor-Tritsch et al. (2012) propuseram modificações no grupo de critérios previamente publicados para diagnóstico da gravidez ectópica na cicatriz de cesárea prévia. Segundo esses autores, o diagnóstico deve basear-se na presença de todos os seguintes critérios na ecografia endovaginal: cavidade uterina e canal endocervical vazios; placenta e/ou saco gestacional incorporados à cicatriz da histerotomia; nas gestações precoces ( $\leq 8$  semanas), presença de saco gestacional triangular que ocupa o nicho da cicatriz, nas gestações com mais de 8 semanas, a forma pode tornar-se redonda ou oval; camada delgada (1 a 3 mm) ou ausente entre o saco gestacional e a bexiga; canal cervical fechado e vazio; presença de pólo embrionário ou fetal e/ou vesícula vitelina, com ou sem atividade cardíaca e presença de um padrão vascular proeminente e intenso no local de cicatriz uterina de cesárea associado à positividade do teste de gravidez.

Para o manejo da gravidez ectópica não existe um padrão; há individualização do tratamento de acordo com cada caso. A exemplo do que ocorre nos Estados Unidos, quando se decide pelo manejo cirúrgico, a decisão entre salpingostomia e salpingectomia é baseada na preferência do cirurgião, na história da paciente e na visibilidade das trompas no intraoperatório. No entanto, quando o custo-benefício, o risco de recorrência e o comprometimento da fertilidade futura são considerados, nenhum deles parece ser importante nessa decisão (HSU, J. Y. et. al., 2017).

Quando ocorre ruptura uterina ou hemorragia intensa, a indicação de tratamento cirúrgico torna-se inevitável e a necessidade de histerectomia de urgência é mais frequente. Entretanto, frente à estabilidade do quadro clínico, o novo desafio terapêutico consiste na redução significativa das indicações de histerectomia, devido à inevitável perda da fertilidade e aos efeitos adversos significativos na saúde e na qualidade de vida das mulheres. Dessa forma, apesar da inexistência de um consenso, a maioria dos serviços preconiza a interrupção precoce da gravidez, de

preferência no primeiro trimestre e logo após o diagnóstico ultrassonográfico, devido ao alto potencial de morbimortalidade materna (MAYMON, R., et. al., 2004).

Os principais exemplos de abordagens terapêuticas empregados de forma isolada ou combinada, são: metotrexato, histeroscopia, laparoscopia, embolização das artérias uterinas e curetagem uterina. Em decorrência da sua reconhecida atividade antitrofoblástica, o Metotrexato (MTX) é a droga mais utilizada no tratamento das gestações tubárias e cervicais íntegras e, como consequência, tornou-se uma opção terapêutica factível para os casos de gestação ectópica em cicatriz uterina de cesárea anterior. A dose mais utilizada é de 50 mg/ml por via intramuscular, especialmente quando o nível de  $\beta$ -hCG é inferior a 5.000 mUI/ML. O MTX também tem sido utilizado através de injeção no saco gestacional, guiada por ultrassonografia endovaginal ou transabdominal. A administração por via transvaginal utiliza uma distância menor do saco gestacional com risco mínimo de lesão vesical. Quando utilizada de forma isolada, ou associada à injeção intramuscular, a aplicação local do MTX tem apresentado as menores taxas de complicações (9,6%) entre as principais propostas de tratamento (MICHENER, C., DICKINSON, J. E., 2009).

Inicialmente, o tratamento cirúrgico foi considerado como método complementar à terapia medicamentosa com MTX, ou então, como conduta de emergência na vigência de complicações hemodinâmicas graves. Entretanto, com o desenvolvimento de técnicas minimamente invasivas, baseadas na endoscopia, aumentaram as indicações do tratamento cirúrgico, realizado de forma isolada ou em associação com outros procedimentos (COUTINHO, T. et. al., 2014).

### **3. METODOLOGIA**

Este trabalho trata-se de um estudo primário, observacional, descritivo e retrospectivo. Os dados coletados foram obtidos por meio de acesso ao prontuário retroativo de paciente acompanhada por equipe médica (preceptores, residentes e internas), internada na Enfermaria Santa Rita, no período de 16/06/2021 a 27/06/2021, localizada na Maternidade Almir Gabriel, arquivado na Gerência de Arquivos Médicos (GAME), pertencente à Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), sob o CID-10: O00.9 (gravidez ectópica, não especificada). Os dados foram analisados, agregando estudos sobre a temática abordada, publicados em bases de dados como SciELO e PubMed, em versões inglês e português.

## 4. RELATO DE CASO

### 4.1. ANAMNESE

Identificação: T.C.P.C., sexo feminino, 24 anos, do lar, em união estável, ensino médio completo, católica.

Queixa principal: sangramento vaginal.

História da doença atual: por volta do dia 05 de junho de 2021, paciente apresentou quadro de sangramento vaginal de média intensidade, de coloração vermelho vivo, sem coágulos, de náuseas e de cefaleia, associados à dor em baixo ventre e em região lombar. Realizou automedicação com dipirona, apresentando alívio parcial da dor. No dia 08 de junho de 2021, tendo em vista a permanência dos sintomas, procurou a Unidade de Pronto Atendimento mais próxima de sua residência, pela qual foi encaminhada para Santa Casa de Misericórdia do Pará no mesmo dia, onde informou data da última menstruação em 25 de abril de 2021 e realizou a dosagem de  $\beta$ -hCG qualitativo, obtendo resultado positivo. Em seguida, teve alta para casa, levando solicitação para realizar dosagem de  $\beta$ -hCG quantitativo e orientado retorno em 15 dias para realização de ultrassonografia transvaginal no mesmo hospital. Retornou após esse período, no dia 16 de junho de 2021, relatando dor pélvica leve e sangramento vaginal em pequena quantidade, sendo orientada quanto a realização da ultrassonografia transvaginal. Realizou o exame de imagem que confirmou uma gravidez ectópica na região ístmica (FIGURA 1). Devido ao resultado desse exame, foi orientada quanto a necessidade de internação e intervenção cirúrgica. No momento da internação, negou quadro semelhante anterior a este, negou febre, negou sintomas urinários, negou comorbidades e negou alergias medicamentosas.

Antecedentes obstétricos: paciente tercigesta, dois partos cesáreos anteriores devido a pré-eclâmpsia, com diferença de cerca de dois anos entre cada gestação, nenhum aborto, dois filhos nascidos vivos. Primeira gestação aos 18 anos, segunda gestação aos 20 anos. Negou diabetes gestacional, negou queixas mamárias e negou complicações em seus dois ciclos gravídico-puerperais anteriores.

Antecedentes ginecológicos: primeiro dia da última menstruação em 25 de abril de 2021. Menarca aos 13 anos, pubarca aos 11 anos, coitarca aos 17 anos. Refere ciclos regulares, com intervalo de 27 dias, duração de 6 dias e quantidade moderada, sem dismenorréia associada. Negou histórico de corrimentos, negou uso de métodos anticoncepcionais, negou dispaurenia. Afirma ter realizado PCCU há um ano, sem alterações.

Hábitos de vida: sedentária, negou alcoolismo, negou tabagismo.

#### 4.2. EXAME FÍSICO

Bom estado geral, consciente e orientada em tempo e espaço, eupneica, afebril, anictérica, acianótica, hidratada, hipocorada 1+/4+. À ausculta cardíaca, presença de bulhas normofonéticas e ritmo regular, em dois tempos e sem sopros. À ausculta pulmonar, murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios. Abdome flácido, doloroso à palpação superficial em fossa ilíaca esquerda. Membros inferiores: sem sinais de flogose e sem edemas.

#### 4.3 EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Foram solicitados três exames de  $\beta$ -hCG quantitativos: o primeiro, dia 17 de junho de 2021, com valor  $> 15.000$ ; o segundo, dia 20 de junho de 2021, com valor de 88.673; o terceiro no dia 23 de junho de 2021, com valor de 39.775.

No dia da internação, foi solicitado hemograma, cuja taxa de hemoglobina era de 11,2. No dia 26 de junho de 2021, a hemoglobina encontrava-se no valor de 9,6.

Na ultrassonografia transvaginal (USGTV), realizada no dia 16 de junho de 2021 (FIGURA 1), evidenciou-se uma gestação ectópica, na região do istmo uterino, com embrião vivo e único, batimentos cardíacos de 60 por minuto, com biometria compatível com 6 semanas e 5 dias, de acordo com Comprimento Cabeça – Nádega (CCN).

Na USGTV, realizada no dia 24 de junho de 2021, o útero estava com volume aumentado ( $145,2 \text{ cm}^3$ ) e havia a presença de saco gestacional em região ístmica,

com embrião de 6 semanas e 1 dia, sem batimentos cardíacos (FIGURA 2 e FIGURA 3).

**FIGURA 1** - USGTV: presença de saco gestacional em localização ístmica, na topografia de histeretomia da gravidez anterior



**FIGURA 2** – USGTV: útero aumentado de tamanho



**FIGURA 3** - USGTV: embrião em região ístmica uterina, sem batimentos cardíacos



#### 4.4. INTERVENÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

No dia 25 de junho de 2021, a paciente foi submetida à laparotomia exploradora, na qual foi realizada uma histerotomia, com retirada de conteúdo semelhante a saco gestacional e restos ovulares, localizados em região de incisão de cesariana anterior, além de curetagem uterina intraoperatória e histerorrafia para a reconstrução da cicatriz anterior. Ademais, retirou-se moderada quantidade de

material destinado ao anatomopatológico, o qual, na macroscopia, evidenciou tecido placentário medindo 7,0 x 7,0 cm, exibindo face materna esponjosa e face fetal. Na microscopia, a presença de vilosidades coriônicas imaturas, com revestimento celular trofoblástico preservado.

Após 11 dias de internação, a paciente recebeu alta hospitalar no dia 27 de junho de 2021.

## 5. DISCUSSÃO

A gravidez ectópica ocorre quando um óvulo fertilizado se implanta fora da cavidade uterina. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da gravidez ectópica incluem história prévia de doença inflamatória pélvica, tabagismo, cirurgias prévias nas tubas uterinas, gravidez ectópica anterior e infertilidade (HENDRIKS; ROSENBERG; PRINE, 2020).

As gestações ectópicas classificam-se em dois grupos principais: (1) Gestações tubárias e (2) Gestações não-tubárias. A primeira é a mais comum ocorrendo em cerca de 95% dos casos de gravidez ectópica, com implantação na tuba uterina. (MCINTYRE; MOLAKATALLA, 2020; TULANDI, 2001). A segunda apesar de rara, ocorrendo em 7-10% dos casos de gestações ectópicas e 2% de todas as gestações identificadas, é potencialmente fatal e muitas vezes mal diagnosticada. Isso é particularmente pertinente para gestações ectópicas de cicatriz de cesariana, as quais tem aumentado em frequência devido ao maior número de mulheres submetidas a cirurgia cesariana (MARION; MEEKS, 2012; PARKER; SRINIVAS, 2016).

Além disso, as gestações ectópicas podem levar à mortalidade materna, sendo, portanto, uma condição que requer identificação precoce e eficaz. Estima-se que 8% a 10% de todas as gestações ectópicas levam a mãe ao óbito (MARION; MEEKS, 2012; NEDOPEKINA et al., 2021). A mortalidade é agravada devido à falta de uma intervenção precoce por parte dos profissionais que conduzem o caso. De acordo com dados oriundos dos Estados Unidos da América, 70% destas pacientes que evoluíram com hemorragia não foram submetidas à cirurgia. Ainda, a falta de intervenção oportuna levou a 5% dessas mortes, mesmo que um diagnóstico correto tenha sido feito (MARION; MEEKS, 2012).

Em nosso caso, a paciente levou 17 dias do momento dos primeiros sintomas que a levou para unidade de pronto atendimento até a resolução do quadro com a laparotomia exploradora.

A gravidez ectópica deve ser considerada em qualquer paciente que se apresente no início da gravidez com sangramento vaginal ou dor na parte inferior do abdome na qual a gravidez intrauterina ainda não tenha sido estabelecida.

Clinicamente, a tríade clássica apresenta-se como sangramento uterino e dor abdominal após um período de amenorreia (FARQUHAR, 2005; HENDRIKS; ROSENBERG; PRINE, 2020). No entanto, os sintomas de gravidez ectópica podem incluir dor pélvica, que pode ser bilateral ou localizada na fossa ilíaca direita ou esquerda, dor na ponta do ombro, sangramento vaginal, diarreia, náusea, vômito, tontura ou colapso. É importante ressaltar que algumas mulheres com gravidez ectópica são assintomáticas (PARKER; SRINIVAS, 2016).

A paciente em tela apresentou sintomas de sangramento vaginal de média intensidade, de coloração vermelho vivo e sem coágulos, acompanhado de dor em baixo ventre e em região lombar, náuseas e cefaleia em período de amenorreia. A gravidez foi diagnosticada no momento do aparecimento dos sintomas, próximo da 5ª semana de gestação. Tais aspectos são correspondentes com as características da tríade clássica que levam à suspeita diagnóstica de uma gestação ectópica, como supracitado.

Os exames complementares disponíveis para identificação de uma gestação ectópica são a dosagem de  $\beta$ -HCG quantitativa seriada e a USGTV, as quais possuem elevada sensibilidade (75-98%), especificidade (99,9%) e elevado valor preditivo negativo (100%). O uso das duas técnicas permitiu a redução da necessidade da laparoscopia como meio diagnóstico, sendo utilizada somente nos casos que a ultrassonografia mostra-se inconclusiva (FARQUHAR, 2005; GONÇALVES et al., 2013; KIRK; BOURNE, 2009).

Na avaliação seriada do  $\beta$ -HCG quantitativo de uma gestação intrauterina potencialmente viável, o aumento nos valores séricos de  $\beta$ -HCG encontra-se em torno de 53% em 24h, sendo considerada como valor mínimo dentro da normalidade a mesma faixa de variação em um período de até 48h. Já no abortamento espontâneo com  $\beta$ -HCG >1000mUI/mL é previsível uma diminuição de 28% em 48 horas (GONÇALVES et al., 2013).

A gestação ectópica distinguir-se-á pelo fato de, em 71% dos casos, tanto os aumentos, quanto as diminuições de  $\beta$ -HCG ficarem fora dos limites previamente apresentados. Ou seja, ocorrem variação mais lenta do  $\beta$ -HCG. No entanto, vale

ressaltar que em cerca de um terço das gestações ectópicas o aumento da  $\beta$ -HCG em 48 horas faz-se dentro dos parâmetros normais (GONÇALVES et al., 2013).

A condução diagnóstica do caso foi adequada na solicitação de ambos os exames indicados para identificação das anormalidades quantitativas do  $\beta$ -HCG e da visualização da massa ectópica na ultrassonografia. A presença de massa anexial extra-ovariana associada à apresentação clínica do caso seriam suficientes para caracterizar a gestação ectópica. Na ausência de massa anexial visível, as dosagens séricas de  $\beta$ -HCG fariam o diagnóstico diferencial da patologia (ELITO JUNIOR et al., 2008).

Os diagnósticos diferenciais que poderiam cursar com dores abdominais em baixo ventre intensas, em especial em mulheres em idade fértil, são corpo lúteo hemorrágico, doença inflamatória pélvica, fibromiomas pediculados, cistos anexiais e torção ovariana. O principal diferencial do caso em tela para os diagnósticos anteriores refere-se à presença de sangramento vaginal (GONÇALVES et al., 2013).

Já os diagnósticos pertencentes ao grupo sindrômico de sangramentos da primeira metade da gestação também são diagnósticos diferenciais importantes nos casos com hemorragia vaginal. Dentre estes grupos de patologias obstétricas diferenciais à gestação ectópica podemos identificar a neoplasia trofoblástica gestacional ou mola hidatiforme e o abortamento (BRASIL, 2012; RIOS et al., 2010).

Em todos os casos previamente listados, os achados ultrassonográficos demonstram gestação intrauterina visualizável, diferenciando da gravidez ectópica. Por isso, o exame apresenta alta especificidade e alto valor preditivo negativo. Enquanto os valores de  $\beta$ -HCG variam de forma mais lenta comparado às demais patologias (BRASIL, 2012).

Outras causas menos frequentes de sangramento por via vaginal durante toda a gestação, e que configuram como diagnósticos diferenciais, são: cervicites, pólipos endocervicais, ectrópio, câncer de colo uterino e trauma vaginal (BRASIL, 2012). Estas patologias do canal vaginal podem ser excluídas a partir do exame especular com a inspeção do canal e do colo uterino, portanto, incompatíveis com os achados da paciente em tela.

As duas ultrassonografias realizadas no pré-operatório evidenciaram ectopia em região ístmica uterina, enquanto no momento da laparotomia foi identificada a ectopia em cicatriz de cirurgia cesariana prévia. As gestações ectópicas de cicatriz uterina são extremamente raras, ocorrendo em 6% de todas as ectopias, mas têm se tornado mais frequentes diante do aumento da frequência de cirurgias cesarianas (PARKER; SRINIVAS, 2016).

A patogênese não é clara, no entanto, teorias sugerem que o blastocisto entra em um espaço microscópico na cicatriz uterina e se implanta na parede uterina deficiente. Com cesarianas repetidas, a área de superfície da cicatriz aumenta e é cada vez mais deficiente devido à fibrose, má vascularização e cicatrização pós-operatória, levando a maiores taxas de implantação de blastocistos (PARKER; SRINIVAS, 2016).

Nos casos de gestação ectópica de cicatriz cesariana, o tratamento com MTX sistêmico é apropriado em pacientes hemodinamicamente estáveis com uma gravidez cicatricial não rompida de menos de 8 semanas de gestação e uma espessura miometrial de 2 mm entre o embrião implantado e a bexiga. Outra opção é a injeção direta de 25 mg de MTX no local de implantação, realizado por USGTV. Injeções locais de cloreto de potássio também foram relatadas e foram usadas por Jurkovic et al. (2003). As gestações com cicatriz de cesariana respondem bem ao MTX sistêmico, com taxas de sucesso de 70–80%, especialmente quando os níveis de beta  $\beta$ -HCG são menores do que 5000 UI/L (CHETTY; ELSON, 2009; JURKOVIC et al., 2003; PARKER; SRINIVAS, 2016).

Quanto ao tratamento cirúrgico, as opções de tratamento incluem curetagem uterina, ressecção histeroscopia ou excisão por laparoscopia ou laparotomia. A curetagem pode ser usada após a quimioterapia com MTX, mas não deve ser usada como primeira linha devido ao risco de hemorragia importante. A histerectomia pode ser necessária para ruptura uterina ou gestações mais avançadas. A embolização por via endovascular pode atuar como terapia adjuvante para reduzir o sangramento (CHETTY; ELSON, 2009; PARKER; SRINIVAS, 2016).

## 6. CONCLUSÃO

Conclui-se, dessa forma, que a gravidez ectópica na cicatriz de cesariana se revela como um caso excepcional de gestação ectópica não-tubária e de alta mortalidade, quando não identificada de maneira precoce e eficaz. A paciente em questão apresentou as características clássicas que levam à suspeita diagnóstica de uma gestação ectópica, como amenorreia, sangramento uterino e dor abdominal, agregando valor para a solicitação de exames subsidiários para o diagnóstico definitivo desse tipo de gestação. O exame laboratorial específico com o Beta-HCG quantitativo acima de 15.000, associado ao exame de imagem, como a ultrassonografia transvaginal, evidenciando a presença de saco gestacional em localização ístmica, justificou o diagnóstico de gravidez ectópica não-tubária, mas ainda sem a certeza de gravidez ectópica na cicatriz de cesariana, sendo necessário a realização de uma laparotomia exploradora. A conclusão de gravidez ectópica na cicatriz de cesariana se baseou em um diagnóstico intraoperatório, que, durante a laparotomia exploradora, identificou a presença de um saco gestacional e restos ovulares na região de incisão de cesariana anterior. Felizmente, houve um desfecho favorável à condição da paciente, a qual recebeu alta dois dias após a cirurgia. No entanto, são necessários mais estudos que se aprofundem na temática, devido à crescente demanda por cirurgias cesarianas ao longo dos anos, tornando, assim, um desafio para a equipe médica decidir sobre a melhor conduta terapêutica em cada fase da gestação.

## REFERÊNCIAS

ALENCOÃO, I.; CARVALHO, S.; MORGADO, A. Caesarean scar pregnancy diagnosis. **Acta Obstet Ginecol Port** 2018;12(4):309-310.

ARRUDA, M. S.; JÚNIOR, H. S. A. C. Gravidez ectópica na cicatriz uterina de cesárea: um relato de caso. Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 30 (10). Out 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos 2013, **SINASC e SIP/ANS** 2013. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/diretrizes-nacionais-de-atencao-a-gestante-operacao-cesariana/>. Acesso em 20 de julho de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Gestação de Alto Risco Manual Técnico. 2012 [s.l.: s.n.]. ISSN: 1098-6596. ISBN: 9788533417670. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf).

CASERA, N. M. G.; BACHA, A. M.; GRASSIOTTO, O. R. Cesarean scar ectopic pregnancy: invasion of the bladder wall detected by magnetic resonance imaging. **Radiol Bras.** 2017 Mai/Jun;50(3):197–198

CHETTY, Maya; ELSON, Janine. Treating non-tubal ectopic pregnancy. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, [S. l.], v. 23, n. 4, p. 529–538, 2009. ISSN: 15216934. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2008.12.011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2008.12.011>.

COUTINHO, T. et. al. Gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: uma complica o emergente. **FEMINA** | Janeiro/Fevereiro 2014 | vol 42 | no 1.

DEANS, R., ABBOTT, J. Hysteroscopic management of cesarean scar ectopic pregnancy. **Fertil Steril**, 2010 Apr;93(6):1735-40.

ELITO JUNIOR, Julio; MONTENEGRO, Nuno Aires Mota De Mendonça; COSTA SOARES, Roberto D. A.; CAMANO, Luiz. Gravidez ectópica não rota - Diagnóstico e tratamento. Situa o atual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, [S. l.],

v. 30, n. 3, p. 149–154, 2008. ISSN: 01007203. DOI: 10.1590/S0100-72032008000300008.

FARQUHAR, Cynthia M. Ectopic pregnancy. **Lancet**, [S. l.], v. 366, n. 9485, p. 583–591, 2005. ISSN: 01406736. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)67103-6.

FRÓIS, A. C. et. al. Tratamento da gravidez ectópica: revisão de literatura. **Rev Med Minas Gerais** 2010; 20 (4 Supl 2): S11-S14.

GONÇALVES, Ana; ROCHA, Sara; TORRES, Rita; MARQUES, Catarina; SIMÕES, Mafalda; RIBEIRO, Filipa; BARROS CARLOS, Carlos; DA COSTA, Carlos Alfredo. Gravidez ectópica tubária: Diagnóstico, abordagem terapêutica e impacto na fertilidade - Revisão. **Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproduccion Humana**, [S. l.], v. 30, n. 2, p. 51–58, 2013. ISSN: 11320249.

HENDRIKS, Erin; ROSENBERG, Rachel; PRINE, Linda. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. **American family physician**, [S. l.], v. 101, n. 10, p. 599–606, 2020. ISSN: 1532-0650. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32412215>.

HSU, J. Y. et. al., Disparities in the management of ectopic pregnancy, **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Volume 217, Issue 1, 2017, Pgs 49.e1-49.e10.

JURKOVIC, D. et. al., First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. **Ultrasound Obstet Gynecol**. 2003;21(3):220-7.

JURKOVIC, D.; HILLABY, K.; WOELFER, B.; LAWRENCE, A.; SALIM, R.; ELSON, C. J. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. **Ultrasound in Obstetrics and Gynecology**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 220–227, 2003. ISSN: 09607692. DOI: 10.1002/uog.56. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.56>.

KIRK, Emma; BOURNE, Tom. Diagnosis of ectopic pregnancy with ultrasound. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, [S. l.], v. 23, n. 4, p.

501–508, 2009. ISSN: 15216934. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2008.12.010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2008.12.010>.

MACHADO, C. R. et. al. Gravidez ectópica cornual: Um relato de caso. **RBUS**, Vol.9. 12ª Edição. Março de 2010.

MARION, Laura L.; MEEKS, George Rodney. Ectopic pregnancy: History, incidence, epidemiology, and risk factors. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, [S. l.], v. 55, n. 2, p. 376–386, 2012. ISSN: 00099201. DOI: 10.1097/GRF.0b013e3182516d7b.

MAYMON, R., et. al. Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. **Human Reproduction Update**. 2004;10(6):515-23.

MELO, C. S., et. al., Cesarean scar pregnancy: case series with three different types of management. **FEMINA | 2021;49(8):505-8**.

MCINTYRE, Andrew; MOLAKATALLA, Sujana. Paramyomatous Isthmic Ectopic Pregnancy. **Journal of Minimally Invasive Gynecology**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 256–257, 2020. ISSN: 15534669. DOI: 10.1016/j.jmig.2019.05.019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.05.019>.

MICHENER, C., DICKINSON, J. E. Caesarean scar ectopic pregnancy: A single centre case series. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**. 2009;49(5):451-5.

NEDOPEKINA, Ekaterina; ESCURA, Silvia; COBO, Teresa; HANSSON, Stefan Rocco; MARTINEZ, Josep Maria; FIGUERAS, Francesc; LÓPEZ, Marta. Conservative treatment in non-tubal ectopic pregnancy and predictors of treatment failure. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, [S. l.], v. 257, p. 6–10, 2021. ISSN: 18727654. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2020.11.067.

PARKER, Victoria Louise; SRINIVAS, M. Non-tubal ectopic pregnancy. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, [S. l.], v. 294, n. 1, p. 19–27, 2016. ISSN: 14320711. DOI: 10.1007/s00404-016-4069-y.

RIOS, Livia Teresa Moreira; OLIVEIRA, Ricardo Villar Barbosa De; MARTINS, Marília da Glória; BANDEIRA, Kemuel Pinto; LEITÃO, Olga Maria Ribeiro; SANTOS, Graciete

Helena Nascimento; SOUSA, Márcia Silva. Anormalidades do primeiro trimestre da gravidez: ensaio iconográfico. **Radiologia Brasileira**, [S. l.], v. 43, n. 2, p. 125–132, 2010. DOI: 10.1590/s0100-39842010000200014.

ROTAS, M. A., et. al. Cesarean scar ectopic pregnancies, etiology, diagnosis, and management. **Obstet Gynecol.** 2006;107(6):1373-81.

SANTOS, L. O.; IMBIRIBA, M. C.; NEVES, B. S. Gravidez ectópica retroperitoneal: um relato de caso. **Para Res Med J.** 2017;1(3):e29.

SARTORETTO, E. R.; BARONI, L. M.; BISCARO, A. Gestação ectópica em cicatriz de cesárea prévia, relato de caso. **Arq. Catarin Med.** 2018 jan-mar; 47(1):207-211.

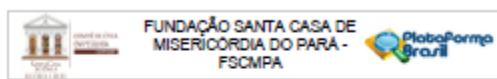
SEOW, K. M. et. al. Cesarean scar pregnancy: issues in management. **Ultrasound Obstet Gynecol.** 2004 Mar;23(3):247-53. Acesso em 20 de julho de 2021.

TIMOR-TRITSCH, I. E. et. al., The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. **Am J Obstet Gynecol.** 2012 Jul;207(1):44.e1-13.

TULANDI, Togas. Isthmic pregnancy. **Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 6–7, 2001. ISSN: 10743804. DOI: 10.1016/S1074-3804(05)60540-3.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GRAVIDEZ ECTÓPICA NA CICATRIZ UTERINA DE CESÁREA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESTADO DO PARÁ: UM RELATO DE CASO

Pesquisador: José Carlos Wilkens Cavalcante

Área Temática:

Versão: 2

CNAE: 03234121.3.0000.0171

Instituição Proponente: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.270.250

## Apresentação do Projeto:

A gravidez ectópica na cicatriz de cesárea é uma condição rara e de elevada morbimortalidade. Pelo menos nos últimos 10 anos, são escassos os trabalhos científicos que abordam esse assunto, tendo em vista um aumento substancial no número de cesáreas realizadas no Brasil, bem como na região Norte do país. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de relatar um caso raro de gravidez ectópica na cicatriz uterina de cesárea em um hospital de referência no Estado do Pará, e fim de difundir melhores estudos sobre a temática, de alcançar melhores avanços nas intervenções diagnósticas e terapêuticas, de modo a reduzir a morbimortalidade apresentada por tal condição clínica.

## Objetivo da Pesquisa:

Relatar um caso raro de gravidez ectópica em cicatriz uterina de cesárea prévia ocorrido em um hospital de referência no atendimento à gestante de alto risco no Estado do Pará.

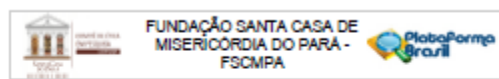
## Avaliação dos Riscos e Benefícios:

## Riscos:

Existe o risco para o participante da pesquisa e para a instituição de que as informações do

Endereço: Rua Benedito do Coêlo, 1043  
Bairro: Ulianópolis  
UF: PA Município: BELÉM CEP: 66.250-340  
Telefone: (91)4009-2284 E-mail: cep@scmipara.pa.gov.br

Página 14 de 14



Continuação do Parecer: 6.270.260

prontuário se tornem públicas. No entanto, com a responsabilização dos pesquisadores em assinar o Termo de Compromisso de Utilização dos Dados (TCUD), além da Solicitação de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, há garantia de preservação dos dados, de confidencialidade e do anonimato de pessoa pesquisada.

Além disso, não há risco de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase desta pesquisa.

## Benefícios

Para a pessoa pesquisada, há o benefício de que ela não será requisitada para se locomover de seu local de residência para a realização desta pesquisa, uma vez que serão acessados, apenas, os dados de sua história médica progressiva, registrada em prontuário arquivado.

O benefício para os pesquisadores e para a instituição está associado ao enriquecimento da literatura científica do assunto abordado, gravidez ectópica na cicatriz uterina de cesárea, pois o mesmo ainda é demasiadamente escasso no Estado que a pesquisa enfrenta. Tal trabalho traz consigo benefícios, como uma melhor caracterização do quadro desta tipo de gravidez ectópica no Estado do Pará, possíveis estudos posteriores baseados nos dados coletados, visando uma melhora no entendimento, diagnóstico e tratamento das pacientes afetadas.

Além disso, para a instituição, não haverá qualquer tipo de ônus para a realização desta pesquisa.

## Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante pela raridade do caso.

## Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos devidamente apresentados, conforme Res. CNS 496/12.

## Recomendações:

Sem recomendações.

## Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

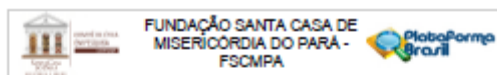
Aprovado.

## Considerações Finais e critério do CEP:

# Projeto aprovado após reunião do colegiado.

Endereço: Rua Benedito do Coêlo, 1043  
Bairro: Ulianópolis  
UF: PA Município: BELÉM CEP: 66.250-340  
Telefone: (91)4009-2284 E-mail: cep@scmipara.pa.gov.br

Página 15 de 14



Continuação do Parecer: 6.270.260

## # Conforme Resolução CNS 500/10, dentre outros:

- Os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde;

- É dever do pesquisador divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo.

## # Conforme Resolução CNS 496/12, Capítulo XI, cabe ao Pesquisador Responsável, dentre outros:

- Aguardar a decisão de aprovação ética antes de iniciar a pesquisa;

- Desenvolver o projeto conforme delineado;

- Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

- Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;

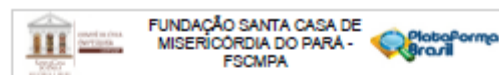
- Elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais.

## Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMACOES_BASICAS_CO_3 BOLETO_1809076.pdf	11/07/2022 23:25:39		Aceito
Outros	TCUD_geral.pdf	11/07/2022 23:25:13	José Carlos Wilkens Cavalcante	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_fora.pdf	04/11/2021 09:11:45	José Carlos Wilkens Cavalcante	Aceito
Declaração de Pesquisadores	avalia_orientador.pdf	04/11/2021 10:11:14	José Carlos Wilkens Cavalcante	Aceito
TCCLE / Termos de Responsabilidade	dispensa.pdf	04/11/2021 10:08:21	José Carlos Wilkens Cavalcante	Aceito

Endereço: Rua Benedito do Coêlo, 1043  
Bairro: Ulianópolis  
UF: PA Município: BELÉM CEP: 66.250-340  
Telefone: (91)4009-2284 E-mail: cep@scmipara.pa.gov.br

Página 16 de 14



Continuação do Parecer: 6.270.260

Justificativa de Ausência	dispensa.pdf	04/11/2021 10:08:21	José Carlos Wilkens Cavalcante	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Informativa	Projeto.pdf	05/10/2021 23:53:59	José Carlos Wilkens Cavalcante	Aceito
Forma de Roteiro	forma_de_roteiroassinada.pdf	05/10/2021 23:52:18	José Carlos Wilkens Cavalcante	Aceito

## Situação do Parecer:

Aprovado

## Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELÉM, 07 de Março de 2022

Assinado por:  
EDNA SUELY FERREIRA LIMA  
(Coordenadora)

Endereço: Rua Benedito do Coêlo, 1043  
Bairro: Ulianópolis  
UF: PA Município: BELÉM CEP: 66.250-340  
Telefone: (91)4009-2284 E-mail: cep@scmipara.pa.gov.br

Página 17 de 14