REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

SANGRAMENTO DA PRIMEIRA METADE DA GESTAÇÃO: REVISÃO PARA A PRÁTICA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA, COM ÊNFASE NO ESTADO DA BAHIA

BLEEDING IN THE FIRST HALF OF PREGNANCY: A REVIEW FOR OBSTETRIC EMERGENCY PRACTICE, WITH EMPHASIS ON THE STATE OF BAHIA, BRAZIL

Ciências da Saúde • 09/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794036856

Leonardo Diego Lins[1]

Jannine Maria Carvalho Silva[2]

Francisco Paulo Cerqueira Mota[3]

Daiana Barreto da Silva[4]

Tamile Nader Cardoso[5]

Marcelo Vitor Silva Dourado Casaes[6]

Islânia Pires da Paz[7]

RESUMO

O sangramento vaginal na primeira metade da gestação (até a 20ª semana) é uma das queixas mais frequentes nas emergências obstétricas e pode representar desde uma intercorrência autolimitada até condições com risco imediato de morte, como a gestação ectópica rota e o abortamento infectado. Este artigo é uma revisão narrativa, de caráter prático, que reúne as principais causas, a abordagem diagnóstica e o manejo inicial dessas situações, com base em diretrizes e protocolos nacionais e internacionais, e discute o acesso ao cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) e na rede suplementar no estado da Bahia, tomando como exemplo serviços de Salvador, Feira de Santana, Juazeiro e das regiões Sul e Sudoeste. Também são abordados os impactos clínicos, emocionais, sociais e trabalhistas sobre a mulher. Propõe-se uma sequência de condutas para o plantão: estabilização hemodinâmica, exame especular, dosagem quantitativa de β-hCG, tipagem sanguínea Rh, ultrassonografia transvaginal e decisão baseada em critérios objetivos, com atenção ao fluxo de regulação e à contrarreferência. Conclui-se que a padronização de condutas, a garantia de acesso a ultrassonografia, AMIU, metotrexato e imunoglobulina anti-D, e o acolhimento humanizado são os pontos de maior impacto sobre os desfechos.

Palavras-chave: hemorragia do primeiro trimestre; abortamento espontâneo; gravidez ectópica; mola hidatiforme; serviços médicos de emergência; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Vaginal bleeding before 20 weeks of gestation is a frequent reason for obstetric emergency visits and ranges from self-limited events to life-threatening conditions such as ruptured ectopic pregnancy and septic abortion. This narrative, practice-oriented review summarizes

the main causes, diagnostic approach and initial management based on national and international guidelines, and discusses access to care in the Brazilian public system (SUS) and private sector in Bahia, using services in Salvador, Feira de Santana, Juazeiro and the southern and southwestern regions as examples. Clinical, emotional, social and labor-related impacts are also addressed. A stepwise approach is proposed: hemodynamic stabilization, speculum examination, quantitative β-hCG, Rh typing, transvaginal ultrasound and objective decision criteria, with attention to regulation and follow-up pathways. It is concluded that standardized clinical management, guaranteed access to ultrasound, manual vacuum aspiration (MVA), methotrexate and anti-D immunoglobulin, together with compassionate, humanized care, are the measures with the greatest potential impact on outcomes.
Keywords: first trimester hemorrhage; spontaneous abortion; ectopic pregnancy; hydatidiform mole; emergency medical services; Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

O Sangramento genital na primeira metade da gestação é motivo frequente de procura por pronto atendimento. Segundo a Febrasgo, cerca de 10% das gestações clinicamente reconhecidas terminam em abortamento espontâneo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2025), e estimativas epidemiológicas internacionais, que incluem perdas mais precoces, são mais altas, e o risco aumenta com a idade materna (Quenby *et al.*, 2021). A gestação ectópica ocorre em aproximadamente 1% a 2% das gestações e permanece como importante causa de morte materna no primeiro trimestre (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018a).

No plantão, o desafio é duplo: identificar rapidamente a mulher instável ou com condição de alto risco (ectópica, abortamento infectado, hemorragia importante) e, ao mesmo tempo, evitar intervenções desnecessárias nos casos de baixo risco. Soma-se a isso uma dimensão sistêmica: a mulher precisa chegar ao serviço certo, no tempo certo, e encontrar ultrassonografia, laboratório, centro cirúrgico, hemocomponentes e medicamentos disponíveis. Na Bahia, estado extenso e com marcadas diferenças regionais, esse percurso depende da articulação entre atenção primária, SAMU 192, regulação e maternidades de referência.

O objetivo deste artigo é oferecer uma revisão aplicável à rotina de médicos e estudantes de Medicina que atuam em urgências obstétricas, integrando evidências clínicas à realidade da rede assistencial baiana.

2. METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa da literatura, de caráter prático. Foram consultados diretrizes e documentos da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO); ensaios clínicos e revisões indexados no PubMed; e tópicos do UpToDate. Para a descrição da rede, foram consultados notícias e comunicados oficiais da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e de prefeituras, recuperados em 27 de outubro de 2026. A legislação citada foi extraída dos textos oficiais.

Destarte que os protocolos institucionais, pactuações regionais e a disponibilidade de insumos mudam com frequência. As informações de rede apresentadas aqui são exemplificativas e devem ser confirmadas com a Central de Regulação e com o serviço de destino antes de orientar condutas. As doses mencionadas refletem as referências citadas e não substituem o protocolo da instituição.

2.1. Delineamento, Fontes e Estratégia de Busca

Realizou-se revisão narrativa estruturada, com relato orientado pela escala SANRA (Baethge; Goldbeck-Wood; Mertens, 2019). As bases consultadas foram PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS (via BVS) e Cochrane Library, complementadas por tópicos do UpToDate e por documentos da Febrasgo, do Ministério da Saúde, da Sesab, da OMS, do ACOG, do NICE e da FIGO. Os descritores (DeCS/MeSH), combinados com operadores booleanos, foram: "hemorragia uterina", "primeiro trimestre da gravidez", "abortamento espontâneo", "gravidez ectópica", "mola hidatiforme", "serviços médicos de emergência", "Brasil" e "Bahia", além dos equivalentes em inglês. Incluíram-se diretrizes, ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, coortes e documentos normativos em português, inglês ou espanhol, priorizando a última década e mantendo estudos seminais que ainda sustentam a conduta. Excluíram-se relatos de caso isolados e estudos sem aplicação à urgência.

2.2. Dados da Rede Assistencial e Proposta de Análise Complementar

A caracterização da rede baiana baseou-se em comunicados e notícias oficiais. Os dados apresentados têm caráter descritivo e exemplificativo e não constituem uma análise epidemiológica quantitativa dos atendimentos no estado. Para análises epidemiológicas complementares, podem ser utilizados dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), organizados por macrorregião de saúde e considerando os códigos do Quadro 1.

Quadro 1. Códigos da CID-10 sugeridos para tabulação de dados sobre sangramento da primeira metade da gestação

CID-10	Descrição
O00	Gravidez ectópica
O01	Mola hidatiforme
O02	Outros produtos anormais da concepção
O03	Aborto espontâneo
O04	abortamento por razões médicas e legais
O05 a O06	Outros tipos de aborto e aborto não especificado
O07	Falha de tentativa de aborto
O08	Complicações consequentes a aborto, gravidez ectópica e molar
O20	Hemorragia do início da gravidez

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2008).

3. ABORDAGEM INICIAL NA URGÊNCIA

3.1. Estabilização e Triagem

Toda mulher em idade fértil que apresente dor pélvica ou sangramento vaginal deve ser avaliada considerando-se a possibilidade de gestação, independentemente da presença de outros sintomas sugestivos. A avaliação inicial deve priorizar a identificação de sinais de instabilidade hemodinâmica, como taquicardia, hipotensão, palidez cutaneomucosa, sudorese, síncope, dor abdominal intensa e sinais de irritação peritoneal. A presença dessas manifestações pode indicar hemorragia significativa e exige intervenção imediata, especialmente diante da suspeita de gravidez ectópica rota.

Nas pacientes hemodinamicamente instáveis, a estabilização clínica e a investigação diagnóstica devem ocorrer simultaneamente, sem que a realização de exames complementares retarde as intervenções necessárias. Recomenda-se instituir monitorização contínua dos parâmetros vitais, avaliar a necessidade de oxigênio suplementar diante de hipoxemia ou sinais de choque e obter dois acessos venosos periféricos calibrosos, preferencialmente de 14 a 16 G. A coleta de exames laboratoriais deve incluir hemograma, tipagem sanguínea e prova cruzada, coagulograma, fibrinogênio e dosagem quantitativa da gonadotrofina coriônica humana beta (β-hCG). Na presença de febre, hipotensão ou suspeita de sepse, a investigação deve ser ampliada, incluindo lactato e hemoculturas, sem retardar o início do tratamento quando este estiver indicado.

A reposição volêmica deve ser conduzida de maneira criteriosa, com administração de cristaloides aquecidos em bolus de aproximadamente 500 mL, seguida de reavaliação clínica após cada administração. Essa abordagem busca restabelecer a perfusão

tecidual sem provocar hemodiluição excessiva. Nos casos de hemorragia grave, deve-se priorizar a administração de hemocomponentes, conforme a necessidade clínica, e acionar o protocolo de transfusão maciça da instituição, quando indicado. Nesse contexto, o índice de choque, calculado pela divisão da frequência cardíaca pela pressão arterial sistólica, constitui um parâmetro complementar útil para reconhecer a gravidade do quadro hemorrágico, inclusive nas situações em que a pressão arterial ainda se encontra aparentemente preservada.

O controle da fonte de sangramento constitui uma medida fundamental para a recuperação hemodinâmica da paciente. Na gravidez ectópica complicada por hemoperitônio e instabilidade circulatória, a intervenção cirúrgica representa a conduta prioritária, não devendo ser postergada em razão da ausência de resultados laboratoriais definitivos. Nos casos de abortamento incompleto acompanhados de hemorragia importante, a identificação de tecido ovular impactado no orifício cervical pode justificar sua remoção por profissional habilitado, utilizando técnica apropriada, como a pinça de anel, quando indicada. Essa intervenção pode contribuir para a redução do sangramento e para o alívio de uma eventual resposta vagal, devendo ser seguida do esvaziamento uterino, preferencialmente por aspiração manual intrauterina (AMIU), quando clinicamente indicado, associado às medidas de suporte e ao uso de uterotônicos, como a ocitocina, conforme o protocolo assistencial e a situação clínica.

O controle da dor e dos sintomas associados também integra a abordagem inicial. A analgesia deve ser individualizada de acordo com a intensidade da dor e as condições clínicas da paciente, podendo incluir opioides titulados quando necessário. A escolha dos

medicamentos deve considerar o diagnóstico provável, as contraindicações e a possibilidade de intervenção cirúrgica ou de tratamento medicamentoso específico. Da mesma forma, a administração de antieméticos pode ser necessária para o controle de náuseas e vômitos. Nos casos em que houver suspeita de infecção sistêmica ou sepse, a antibioticoterapia deve ser iniciada prontamente, idealmente na primeira hora após o reconhecimento do quadro, em conformidade com as recomendações assistenciais aplicáveis, conforme discutido na seção 4.1.

A tomada de decisão deve fundamentar-se na integração entre os achados clínicos, os parâmetros hemodinâmicos e os resultados dos exames disponíveis, respeitando-se a prioridade da estabilização e do controle da hemorragia. Assim, diante de teste de gravidez positivo, instabilidade hemodinâmica e presença de líquido livre na cavidade abdominal à ultrassonografia, deve-se considerar fortemente a possibilidade de gravidez ectópica rota. Nessas circunstâncias, a avaliação cirúrgica deve ser imediata, não sendo apropriado aguardar o resultado do β-hCG quantitativo ou a realização de ultrassonografia formal quando esses procedimentos puderem atrasar o tratamento definitivo (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018a).

A abordagem emergencial também requer comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos, incluindo as equipes de cirurgia, anestesiologia e hemoterapia, de modo a garantir a disponibilidade dos recursos necessários à assistência. O registro dos horários de identificação da instabilidade, das intervenções realizadas e das respostas clínicas contribui para a continuidade do cuidado e para a avaliação da qualidade assistencial. Sempre que as condições clínicas permitirem, deve-se obter o consentimento informado da

paciente; nas situações de emergência em que não seja possível obtê-lo e haja risco iminente à vida, a assistência deverá seguir os fluxos institucionais e as disposições éticas e legais aplicáveis.

Por outro lado, a ausência de instabilidade hemodinâmica não exclui a possibilidade de gravidez ectópica ou de outras condições potencialmente graves. Mesmo nas pacientes aparentemente estáveis, alguns achados exigem investigação cuidadosa e acompanhamento clínico. Dor pélvica lateralizada ou localizada no hipogástrio, dor referida no ombro, síncope ou pré-síncope e sangramento vaginal mais intenso do que o habitual devem ser valorizados, sobretudo quando associados a antecedentes de gravidez ectópica, cirurgia tubária ou doença inflamatória pélvica. O uso de dispositivo intrauterino (DIU) no momento da concepção e a realização de técnicas de reprodução assistida também constituem elementos relevantes para a avaliação do risco. Além disso, a ausência de gestação intrauterina identificável à ultrassonografia, associada a resultados de β-hCG que demandem investigação complementar, exige interpretação criteriosa, considerando-se a idade gestacional estimada, a evolução clínica e as limitações do método diagnóstico.

Dessa forma, a identificação de fatores de risco e de sinais de alerta deve orientar a necessidade de observação clínica, reavaliação seriada e investigação complementar, evitando-se a alta prematura de pacientes com suspeita diagnóstica ainda não esclarecida. A condução segura desses casos depende, portanto, de uma abordagem sistematizada, capaz de reconhecer precocemente os quadros de maior gravidade, priorizar as intervenções que salvam vidas e assegurar a continuidade da assistência até que o diagnóstico e a conduta sejam adequadamente estabelecidos.

3.2. História, Exame e Exames Complementares

A avaliação inicial da mulher com suspeita de complicações gestacionais deve compreender uma anamnese detalhada, um exame físico criterioso e a realização de exames laboratoriais e de imagem, conforme a apresentação clínica. Na anamnese, é fundamental investigar a data da última menstruação, a quantidade e as características do sangramento vaginal, a presença de cólicas, dor pélvica lateralizada, dor referida no ombro e episódios de síncope. Também devem ser considerados os antecedentes obstétricos, incluindo gestações e perdas gestacionais anteriores, bem como o uso de dispositivo intrauterino (DIU), cirurgias pélvicas ou cesarianas, histórico de infertilidade, realização de técnicas de reprodução assistida e antecedentes de infecção pélvica. Além disso, é importante investigar tabagismo, uso de anticoagulantes e possíveis situações de violência sexual ou realização de manobras abortivas, assegurando uma abordagem acolhedora, sigilosa e livre de julgamentos.

Por outro lado, o exame físico deve incluir a avaliação dos sinais vitais, a inspeção e palpação abdominal e o exame especular, quando clinicamente indicado, para identificar a origem do sangramento e possíveis alterações do trato genital inferior. Durante a avaliação especular, devem ser investigadas lesões cervicais, pólipos, restos ovulares no canal cervical, lacerações, corpos estranhos e a presença dos fios do DIU, quando aplicável. O toque vaginal bimanual pode contribuir para a avaliação da dor pélvica e das alterações uterinas e anexiais, devendo ser realizado com cautela e de acordo com a necessidade clínica, especialmente diante da suspeita de gravidez ectópica.

Já a investigação laboratorial deve ser individualizada conforme a hipótese diagnóstica e a gravidade do quadro. A dosagem quantitativa da gonadotrofina coriônica humana beta (β-hCG) auxilia na avaliação da gestação, sobretudo quando associada aos achados ultrassonográficos e à evolução clínica. O hemograma permite avaliar a repercussão hematológica do sangramento, enquanto a tipagem sanguínea ABO/Rh é importante para orientar a prevenção da aloimunização em pacientes Rh negativo, conforme as recomendações aplicáveis. A investigação de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo sífilis e, quando indicada, a realização de testes para HIV e hepatites, deve integrar a assistência de acordo com o contexto clínico e os protocolos vigentes. A glicemia pode ser solicitada quando houver indicação clínica, assim como a avaliação das funções renal e hepática nos casos em que se considere o uso de metotrexato. Na presença de manifestações sugestivas de infecção sistêmica, a dosagem de lactato e a coleta de hemoculturas podem contribuir para a avaliação da gravidade, sem atrasar o início do tratamento indicado.

Contudo, a ultrassonografia transvaginal (USGTV) constitui um dos principais recursos diagnósticos na investigação das complicações do início da gestação. O exame permite avaliar a localização da gestação, identificar estruturas embrionárias e sinais de vitalidade, estimar a presença de massas anexiais e verificar a existência de líquido livre na cavidade pélvica, achado que pode indicar hemoperitônio em contextos clínicos específicos. A interpretação dos resultados deve considerar a idade gestacional estimada, os níveis de β-hCG, a sintomatologia e a evolução clínica. Nos casos em que os achados iniciais não permitam estabelecer um diagnóstico definitivo, a combinação de acompanhamento clínico, dosagens seriadas de β-hCG e repetição da ultrassonografia, quando indicada,

é fundamental para reduzir o risco de diagnósticos equivocados e intervenções desnecessárias.

3.3. Interpretação Conjunta de β-hCG e Ultrassonografia

A "zona discriminatória" (nível de β-hCG acima do qual um saco gestacional intrauterino deveria ser visível) é variável; o ACOG recomenda valores conservadores, em torno de 3.500 mUI/mL, para evitar interromper uma gestação intrauterina desejada, e reforça que nenhum valor isolado de β-hCG exclui ectópica (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018a). Quando a USGTV não identifica gestação intrauterina nem ectópica, o diagnóstico é de **gestação de localização desconhecida (GLD).** Nesses casos, em mulher estável, repete-se o β-hCG em 48 horas. O aumento mínimo esperado em gestação inicial viável é de cerca de 49% (β-hCG inicial < 1.500 mUI/mL), 40% (1.500 a 3.000) e 33% (> 3.000), e curvas anormais exigem reavaliação (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018a). A mulher com GLD **não deve receber alta sem plano de retorno** e orientação clara sobre sinais de alarme.

3.4. Ultrassonografia: Achados, Armadilhas e Interpretação

A USGTV deve descrever sistematicamente: presença e localização do saco gestacional, vesícula vitelina, embrião e batimentos cardíacos; medidas (diâmetro médio do saco e comprimento cabeça-nádegas); conteúdo cavitário; massa anexial e sua relação com o ovário (sinal do deslizamento); e líquido livre em fundo de saco e na bolsa hepatorrenal (espaço de Morison). A visualização de saco gestacional com vesícula vitelina ou embrião dentro do útero confirma gestação intrauterina; um "pseudossaco" (coleção líquida intracavitária sem os sinais intradeciduais) pode ocorrer na ectópica

e não deve ser tomado como gestação tópica. O Quadro 2 reúne as principais combinações e a conduta correspondente.

Quadro 2. Achados ultrassonográficos, interpretação e conduta na urgência

Achado	Interpretação	Conduta
Saco gestacional intrauterino com vesícula vitelina ou embrião com BCF	Gestação intrauterina viável; ectópica heterotópica é rara, exceto em reprodução assistida	Investigar a causa do sangramento (colo, hematoma), orientar e encaminhar ao pré-natal
Saco intrauterino abaixo dos limiares de inviabilidade, sem embrião ou sem BCF	Viabilidade incerta	Repetir USGTV em 7 a 14 dias; retorno antes se piorar
Embrião sem BCF com CCN ≥ 7 mm, ou saco ≥ 25 mm sem embrião	Abortamento retido (Doubilet *et al.*, 2013)	Discutir conduta expectante, medicamentosa ou cirúrgica
Conteúdo cavitário heterogêneo, colo aberto ou sangramento ativo	Abortamento em curso ou incompleto	Misoprostol ou AMIU, conforme estabilidade
Cavidade vazia, β-hCG baixo e em queda	Abortamento completo ou gestação de localização desconhecida em resolução	Repetir β-hCG até negativar; retorno se dor ou sangramento
Cavidade vazia e massa anexial extraovariana (anel tubário) ou saco com embrião fora do útero	Ectópica provável ou confirmada	Estratificar para metotrexato, expectante ou cirurgia

Líquido livre volumoso ou ecogênico, inclusive na bolsa hepatorrenal, com teste positivo	Hemoperitônio; ectópica rota até prova em contrário	Cirurgia urgente
Útero aumentado com padrão vesicular ou heterogêneo e β-hCG muito elevado	Suspeita de mola	Aspiração a vácuo e seguimento especializado
Saco gestacional no segmento inferior ou na cicatriz, miométrio anterior fino	Ectópica de cicatriz de cesariana ou abortamento cervical em evolução	Referência terciária; evitar curetagem

Fonte: elaborado pelos autores, com base em Doubilet *et al.* (2013), American College of Obstetricians and Gynecologists (2018a, 2018b) e Barnhart *et al.* (2011).

3.5. Diagnóstico Diferencial e Gestação de Localização Desconhecida

Quando o teste de gravidez é negativo, ou a dor predomina sobre o sangramento, consideram-se corpo lúteo hemorrágico, torção de anexo, ruptura de cisto, doença inflamatória pélvica e abscesso tubo-ovariano, apendicite e litíase ureteral. Quando o teste é positivo e a USGTV não localiza a gestação, aplica-se a nomenclatura de consenso: gestação de localização desconhecida (GLD) é um estado transitório, e não um diagnóstico final (Barnhart *et al.*, 2011). A maioria das GLD estáveis evolui para perda gestacional espontânea; uma proporção menor, na faixa de 5% a 20% conforme a série, é de ectópica, e as demais correspondem a gestações intrauterinas ainda pequenas para serem visualizadas (Barnhart *et al.*, 2011). Por isso, a conduta segura na GLD estável é seriar o β-hCG, repetir a USGTV conforme a evolução e **evitar tratamento empírico com**

metotrexato ou curetagem sem exclusão de gestação intrauterina desejada, salvo critérios específicos do serviço e discussão com a paciente.

3.6. Sequência Diagnóstica Resumida

A sequência recomendada para o plantão é: (1) estabilidade hemodinâmica; (2) teste de gravidez e β-hCG quantitativo; (3) exame especular; (4) USGTV (ou ultrassonografia à beira do leito na instabilidade); (5) classificação em gestação intrauterina viável, abortamento (em suas formas), ectópica, mola ou GLD; (6) conduta e plano de seguimento, incluindo imunoprofilaxia Rh e contracepção; (7) registro e, se necessário, regulação.

4. PRINCIPAIS CAUSAS, DIAGNÓSTICO E MANEJO

No Quadro 3, Podemos observer de forma lógica e resumida do raciocínio diagnóstico que o medico deve realizar.

Quadro 3. Causas de sangramento até a 20ª semana: pistas clínicas e condutas iniciais

Causa	Pistas clínicas e de imagem	Conduta inicial
Ameaça de abortamento	Sangramento leve, colo fechado, embrião com batimentos cardíacos (BCF)	Observação ambulatorial, orientações, Rh, considerar progesterona se perdas prévias
Abortamento incompleto, retido ou inevitável	Cólica, colo aberto ou restos em cavidade; embrião sem BCF; saco anembrionado	Expectante, misoprostol ou AMIU, conforme estabilidade e preferência

Abortamento infectado	Febre, dor, secreção purulenta, útero doloroso	Antibióticos de amplo espectro, esvaziamento uterino, avaliar sepse
Gestação ectópica	Dor pélvica, sangramento, massa anexial, ausência de gestação intrauterina	Estável: metotrexato ou conduta expectante selecionada. Instável: cirurgia imediata
Doença trofoblástica gestacional	Útero maior que a idade gestacional, β-hCG muito elevado, hiperêmese, imagem heterogênea	Esvaziamento por aspiração a vácuo e referência a centro especializado
Hematoma subcoriônico	Sangramento com BCF presente, coleção ao redor do saco	Conduta expectante, retorno programado
Causas cervicovaginais	Sangramento de contato, lesão visível ao espéculo	Tratar a causa; considerar investigação oncológica
Trauma ou violência sexual	História, lacerações	Reparo, profilaxias, notificação e fluxo de atenção à violência

Fonte: elaborado pelos autores, com base em American College of Obstetricians and Gynecologists (2018a, 2018b), Brasil (2011a) e National Institute for Health and Care Excellence (2019).

4.1. Abortamento Espontâneo

No Brasil, o Ministério da Saúde utiliza critérios baseados na idade gestacional e no peso fetal para a definição de abortamento, considerando, tradicionalmente, a interrupção da gestação antes de 20 a 22 semanas ou quando o produto da concepção apresenta peso inferior a 500 g, conforme os critérios descritos no documento de referência (BRASIL, 2011a). Do ponto de vista clínico, o abortamento

pode ser classificado em ameaça de abortamento, abortamento inevitável, incompleto, completo, retido e infectado, categorias que apresentam características específicas e orientam a escolha da conduta terapêutica. A distinção entre essas apresentações exige a integração dos dados clínicos, do exame físico e dos achados ultrassonográficos. Por sua vez, a investigação do abortamento recorrente, tradicionalmente definido como a ocorrência de três ou mais perdas gestacionais consecutivas em algumas classificações, deve ser conduzida de maneira individualizada e fora do contexto emergencial, de acordo com as diretrizes específicas, considerando-se que recomendações contemporâneas também admitem investigação após duas perdas gestacionais (Eshre Guideline Group On RPL, 2023).

Diagnóstico de inviabilidade gestacional

O diagnóstico de inviabilidade gestacional exige critérios ultrassonográficos rigorosos, uma vez que a interpretação precipitada de achados inconclusivos pode resultar na interrupção indevida de uma gestação potencialmente viável. Nesse sentido, a ultrassonografia transvaginal deve ser interpretada de acordo com critérios conservadores e validados. Entre os achados considerados diagnósticos de inviabilidade estão o comprimento cabeça-nádegas igual ou superior a 7 mm sem identificação de atividade cardíaca embrionária e o diâmetro médio do saco gestacional igual ou superior a 25 mm sem visualização de embrião. Também são considerados critérios diagnósticos a ausência de embrião com atividade cardíaca 14 dias ou mais após um exame que demonstrou saco gestacional sem vesícula vitelínica e a ausência de embrião com atividade cardíaca 11 dias ou mais após um exame que

identificou saco gestacional com vesícula vitelínica (Doubilet *et al.*, 2013).

É importante diferenciar esses critérios definitivos dos achados apenas sugestivos de inviabilidade, os quais não devem fundamentar, isoladamente, uma intervenção irreversível. Quando os resultados ultrassonográficos forem inconclusivos, recomenda-se repetir o exame após intervalo apropriado, geralmente de 7 a 14 dias, considerando-se os achados iniciais e a evolução clínica. Essa abordagem aumenta a segurança diagnóstica e reduz o risco de interrupção de gestações viáveis, devendo ser acompanhada de orientação clara à paciente sobre a necessidade de seguimento.

Manejo clínico do abortamento

Nas mulheres hemodinamicamente estáveis, sem sinais de infecção ou outras contraindicações específicas, o manejo do abortamento pode ser realizado por meio de conduta expectante, tratamento medicamentoso ou esvaziamento uterino. Essas alternativas devem ser discutidas com a paciente, considerando-se sua condição clínica, suas preferências, a idade gestacional, a disponibilidade de recursos assistenciais e a possibilidade de acompanhamento adequado. A escolha compartilhada da conduta favorece a autonomia da mulher e permite adequar o tratamento às circunstâncias individuais, conforme as recomendações do American College of Obstetricians and Gynecologists (2018b).

A conduta expectante consiste em aguardar a resolução espontânea do processo, desde que a paciente permaneça clinicamente estável, não apresente sinais de infecção e tenha acesso a acompanhamento e atendimento oportuno caso ocorram

complicações. Nos casos de abortamento retido, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomenda reavaliação após aproximadamente 15 dias e, na ausência de expulsão do conteúdo gestacional, a discussão de uma abordagem ativa, medicamentosa ou cirúrgica. Em situações selecionadas, o período de observação pode ser prolongado, chegando a quatro semanas, desde que as condições clínicas permitam e o seguimento seja assegurado (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2025). Embora essa modalidade evite intervenções imediatas, deve-se considerar que a resolução pode ocorrer mais lentamente e que existe a possibilidade de necessidade posterior de tratamento medicamentoso ou cirúrgico.

O tratamento medicamentoso constitui outra alternativa para o manejo do abortamento, especialmente quando a paciente prefere evitar um procedimento invasivo e não apresenta contraindicações clínicas. O misoprostol é utilizado nos protocolos assistenciais para favorecer a expulsão do conteúdo uterino, com esquema, via de administração, intervalos e número de doses definidos conforme a idade gestacional, o tipo de abortamento e as recomendações institucionais. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia descreve esquemas baseados em recomendações internacionais, incluindo a utilização de 800 µg por via vaginal, com possibilidade de repetição conforme o protocolo aplicável (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2025). Nas gestações com menos de 12 semanas, uma a três doses podem ser suficientes em muitos casos, embora a resposta varie conforme a apresentação clínica e o protocolo adotado (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2023).

A escolha do tratamento medicamentoso deve considerar a intensidade do sangramento, o risco de complicações, as comorbidades da paciente e a viabilidade de monitorização clínica. Quadros de hemorragia intensa, suspeita de sepse de origem uterina, contraindicações à terapia farmacológica ou instabilidade clínica que exija controle imediato do fluxo indicam a necessidade de esvaziamento uterino. No cenário assistencial brasileiro, o uso isolado de misoprostol constitui uma alternativa terapêutica prevista em protocolos oficiais. Estudos demonstram a eficácia desse análogo de prostaglandina no manejo do abortamento precoce, embora a abordagem possa estar associada a uma maior duração da dor e do sangramento quando comparada à aspiração uterina (Zhang et al., 2005).

O tratamento cirúrgico é indicado quando há instabilidade hemodinâmica, hemorragia importante, infecção, contraindicação às demais modalidades ou falha do tratamento clínico. A aspiração manual intrauterina (AMIU) é uma técnica preferencial para o esvaziamento uterino em situações apropriadas, especialmente no primeiro trimestre, por apresentar perfil favorável de segurança e menor necessidade de instrumentação em comparação com a curetagem uterina convencional. A curetagem deve ser considerada conforme a indicação clínica, a disponibilidade de equipamentos e as condições do serviço, particularmente quando métodos de aspiração não estiverem acessíveis. Essas recomendações estão alinhadas às orientações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2011a; WORLD Health Organization, 2022).

Abortamento infectado

O abortamento infectado constitui uma emergência obstétrica potencialmente grave, associada ao risco de sepse, choque séptico e disfunção orgânica. Sua abordagem requer reconhecimento precoce dos sinais de infecção, avaliação da gravidade e início imediato de antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro, associada ao controle da fonte infecciosa. Conforme o esquema descrito pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, podem ser utilizados clindamicina intravenosa, na dose de 600 mg a cada seis horas, ou metronidazol intravenoso, na dose de 500 mg a cada oito horas, associados à gentamicina, na dose de 3 a 5 mg/kg a cada 24 horas. Na ausência de resposta clínica adequada, o protocolo citado prevê a possibilidade de acrescentar ampicilina intravenosa, na dose de 1 g a cada seis horas, ou penicilina intravenosa, conforme o esquema recomendado (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2025).

A seleção do esquema antimicrobiano deve observar o protocolo institucional vigente, a gravidade do quadro, as condições clínicas da paciente e os padrões locais de resistência microbiana. A antibioticoterapia deve ser acompanhada de reavaliações seriadas e mantida conforme a evolução clínica e as recomendações aplicáveis. Paralelamente, é fundamental realizar o esvaziamento uterino sem demora injustificada após o início da antibioticoterapia, quando houver indicação, uma vez que a remoção do conteúdo infectado constitui medida essencial para o controle da fonte infecciosa (BRASIL, 2011a). A avaliação deve incluir a investigação de critérios de sepse, como hipotensão, elevação do lactato e disfunção orgânica, além da possibilidade de perfuração uterina e da necessidade de internação em unidade de terapia intensiva nos casos graves.

Ameaça de abortamento

A ameaça de abortamento caracteriza-se, em termos gerais, pela ocorrência de sangramento vaginal durante a gestação, sem dilatação do colo uterino e sem que esteja necessariamente demonstrada a inviabilidade gestacional. Nesses casos, a conduta depende da avaliação clínica e ultrassonográfica, da intensidade do sangramento, da presença de dor e da exclusão de outras causas, especialmente a gravidez ectópica. Na ausência de sinais de gravidade, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomenda abordagem expectante e analgesia, conforme a demanda biológica ou sintomática (FEBRASGO, 2025). É importante esclarecer que não existem evidências consistentes de que o repouso absoluto ou a restrição rotineira de atividades previnam a perda gestacional, de modo que essas medidas não devem ser prescritas indiscriminadamente.

O uso de progesterona em mulheres com sangramento no início da gestação tem sido objeto de investigação, sobretudo entre aquelas com histórico de perdas gestacionais anteriores. O ensaio clínico PRISM avaliou a administração de progesterona vaginal na dose de 400 mg duas vezes ao dia e identificou benefício no subgrupo de mulheres com sangramento e antecedentes de perdas gestacionais, particularmente entre aquelas com múltiplas perdas anteriores (Coomarasamy *et al.*, 2019). Com base nas evidências disponíveis, o National Institute for Health and Care Excellence passou a recomendar progesterona vaginal em situações específicas, incluindo mulheres com sangramento no início da gestação, antecedente de perda gestacional e gestação intrauterina confirmada por ultrassonografia (National Institute for Health and Care Excellence, 2019). A indicação deve, portanto, considerar os critérios estabelecidos nas diretrizes e a avaliação individualizada da paciente.

O hematoma subcoriônico identificado isoladamente pode apresentar evolução favorável, embora o prognóstico dependa de fatores como extensão do hematoma, idade gestacional e características clínicas associadas. Por esse motivo, o acompanhamento deve ser individualizado, com orientação sobre sinais de alerta e programação de reavaliação quando indicada. Nas mulheres com perdas gestacionais recorrentes, a investigação etiológica deve orientar a escolha terapêutica, evitando-se a utilização indiscriminada de medicamentos sem benefício comprovado. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia aborda possibilidades terapêuticas específicas, incluindo a didrogesterona em determinadas situações, e ressalta que o ácido acetilsalicílico e a heparina devem ser reservados às indicações apropriadas, como a síndrome antifosfolípide. Da mesma forma, hCG, imunoglobulinas e corticosteroides não devem ser empregados rotineiramente para prevenir novas perdas sem indicação clínica e evidência que sustente seu uso (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2025).

Prevenção da aloimunização Rh

A prevenção da aloimunização Rh constitui um componente relevante da assistência obstétrica às mulheres Rh negativo que ainda não apresentam sensibilização. A administração de imunoglobulina anti-D tem como objetivo reduzir o risco de formação de anticorpos maternos contra hemácias fetais Rh positivo, prevenindo complicações em gestações futuras. A indicação deve considerar a idade gestacional, a natureza do evento obstétrico, a ocorrência de sangramento, a realização de procedimentos uterinos e as recomendações vigentes. A literatura citada recomenda a administração da imunoglobulina anti-D,

preferencialmente nas primeiras 72 horas após o evento, nas situações em que houver indicação clínica (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017).

Conforme as recomendações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, doses menores, como 50 µg, podem ser eficazes em determinadas situações do primeiro trimestre, enquanto a dose de 300 µg também pode ser utilizada e apresenta disponibilidade mais ampla em muitos serviços. Após 12 semanas, a dose de 300 µg é usualmente recomendada conforme o protocolo citado (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2025). Entretanto, a indicação da profilaxia deve ser conferida à luz das diretrizes atualizadas, considerando-se que as recomendações podem variar conforme a idade gestacional e o tipo de evento. Na prática assistencial, é essencial verificar a disponibilidade do imunobiológico e o fluxo institucional para sua solicitação e administração, a fim de reduzir falhas evitáveis na prevenção da aloimunização.

Esquemas de misoprostol e critérios de seleção

Os esquemas de utilização do misoprostol no manejo do abortamento devem ser selecionados de acordo com a idade gestacional, a classificação clínica da perda gestacional, as condições hemodinâmicas da paciente e os protocolos assistenciais vigentes. As recomendações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia são fundamentadas, entre outras referências, nas orientações da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e da Organização Mundial da Saúde. A escolha do esquema deve considerar a via de administração, o intervalo entre as doses, a necessidade de repetição e os critérios

para interrupção do tratamento ou realização de esvaziamento uterino.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia ressalta que persistem variações nas recomendações quanto ao intervalo e ao número de doses complementares em determinados cenários clínicos, o que reforça a importância de seguir protocolos atualizados e adequados à situação apresentada. No Brasil, o uso do misoprostol está sujeito a restrições sanitárias específicas, devendo sua utilização ocorrer de acordo com a regulamentação vigente e os fluxos institucionais autorizados (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2023). Nesse contexto, o Quadro 4 apresenta os esquemas terapêuticos contemplados nos protocolos de referência e os critérios clínicos que orientam a seleção da abordagem mais apropriada.

Quadro 4. Misoprostol no manejo do abortamento do primeiro trimestre

Situação	Esquema de referência	Observações
Abortamento retido ou anembrionado (até cerca de 12 a 13 semanas)	800 µg (quatro comprimidos de 200 µg) por via vaginal; se necessário, nova dose com intervalo de 3 a 12 horas	Reavaliar clínica e ultrassonografia em até 7 dias; oferecer AMIU se falha
Abortamento incompleto (primeiro trimestre)	Colo pérvio: AMIU ou curetagem. Colo impérvio: misoprostol 400 µg por via vaginal antes do esvaziamento mecânico	A OMS descreve ainda 600 µg por via oral ou 400 µg sublingual em dose única; avaliar AMIU se o sangramento persistir

Contraindicações ou cautelas	Instabilidade, sepse, sangramento intenso, suspeita de ectópica, alergia, DIU in situ (remover antes), impossibilidade de retorno	Orientar sobre cólica, sangramento esperado e sinais de alarme

Fonte: elaborado pelos autores, com base em Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2023, 2025), American College of Obstetricians and Gynecologists (2018b) e World Health Organization (2022).

Orientações após o tratamento do abortamento

Após o tratamento do abortamento, a paciente deve receber orientações claras sobre a evolução clínica esperada e os sinais que exigem atendimento imediato. É importante esclarecer que a ocorrência de cólicas e sangramento vaginal mais intensos do que os observados durante a menstruação pode fazer parte do processo de expulsão do conteúdo uterino, sendo o sangramento frequentemente mantido por uma a duas semanas. O controle dos sintomas pode incluir analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides e antieméticos, conforme a necessidade clínica e a ausência de contraindicações. Além disso, devem ser fornecidas orientações por escrito sobre os sinais de alerta, incluindo febre, dor abdominal progressiva ou intensa, sangramento que encharque mais de dois absorventes por hora durante duas horas consecutivas, tontura ou síncope. A persistência dos sintomas, a identificação de restos ovulares ou a ausência de resolução clínica na reavaliação podem indicar a necessidade de nova intervenção, incluindo a aspiração manual intrauterina (AMIU), conforme os achados clínicos e ultrassonográficos.

Técnica de aspiração manual intrauterina na urgência

A aspiração manual intrauterina deve ser realizada em ambiente apropriado, por profissional habilitado, com condições adequadas de assepsia, analgesia e monitorização. O procedimento pode incluir bloqueio paracervical com lidocaína a 1% sem vasoconstritor, observando-se a dose máxima recomendada, e sedação analgésica quando disponível e clinicamente indicada. Nos casos em que o colo uterino se encontra fechado, o preparo cervical pode ser realizado com misoprostol, conforme o protocolo institucional. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia descreve a utilização de 400 µg por via vaginal, administrados aproximadamente três a quatro horas antes do procedimento, ou por via sublingual, com intervalo de cerca de uma hora, como alternativas para facilitar a dilatação cervical (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2023, 2025).

Quando necessária, a dilatação cervical deve ser realizada de maneira gradual e cuidadosa, utilizando-se o menor calibre compatível com a realização segura do procedimento. A escolha da cânula deve considerar a idade gestacional, as características anatômicas e as especificações do dispositivo utilizado. Durante a aspiração, a avaliação da resistência oferecida pelo tecido uterino, da contração uterina e das características do material aspirado auxilia o profissional a reconhecer o término do procedimento, devendo esses achados ser interpretados em conjunto com a avaliação clínica e as condições de segurança estabelecidas pelo protocolo assistencial.

Após a aspiração, o material obtido deve ser examinado para verificar a presença de estruturas compatíveis com o produto da

concepção, incluindo vilosidades coriônicas. Quando houver suspeita de doença trofoblástica gestacional, gravidez ectópica ou outra condição que exija esclarecimento diagnóstico, o material deve ser encaminhado para análise histopatológica, conforme a indicação clínica. A necessidade de profilaxia antibiótica deve ser avaliada de acordo com as recomendações vigentes e o protocolo institucional. A curetagem uterina convencional deve ser reservada às situações em que a aspiração a vácuo não esteja disponível ou quando houver indicação clínica específica, considerando-se as recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2011a; WORLD Health Organization, 2022).

Abortamento infectado e sepse

O abortamento infectado exige intervenção imediata devido ao risco de progressão para sepse, choque séptico e disfunção orgânica. A antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro deve ser iniciada prontamente, conforme o esquema descrito na seção 4.1 e as recomendações institucionais. Nos casos graves, especialmente quando houver suspeita de agentes resistentes ou evolução desfavorável, a ampliação da cobertura antimicrobiana deve ser orientada pela gravidade clínica, pelos fatores de risco e pelos protocolos locais. Em situações de choque séptico ou de alta probabilidade de sepse, recomenda-se a administração de antimicrobianos imediatamente, idealmente na primeira hora após o reconhecimento do quadro, conforme as diretrizes internacionais (Evans *et al.*, 2021).

O tratamento deve incluir suporte hemodinâmico individualizado, com reposição volêmica orientada pela avaliação da perfusão tecidual e pelos parâmetros clínicos e laboratoriais. Nos casos em

que persista hipotensão apesar da reposição adequada, pode ser necessária a utilização de vasopressores, conforme os protocolos de manejo da sepse. O controle da fonte infecciosa é igualmente indispensável e, quando indicado, deve ser realizado por meio do esvaziamento uterino após o início da antibioticoterapia e da estabilização clínica inicial, sem atrasos injustificados. Também devem ser investigadas possíveis complicações, como perfuração uterina, abscesso pélvico e coagulopatia. Pacientes com disfunção orgânica ou instabilidade persistente devem ser encaminhadas, por meio da regulação assistencial, para unidade de terapia intensiva, quando indicada.

Complicações do esvaziamento uterino

A persistência de hemorragia após a aspiração manual intrauterina exige investigação imediata das possíveis causas, incluindo retenção de restos ovulares, atonia uterina, laceração cervical, perfuração uterina e distúrbios da coagulação. A conduta deve ser orientada pela condição hemodinâmica, pela intensidade do sangramento e pelos achados do exame físico e dos exames complementares. Conforme a causa identificada, podem ser necessários uterotônicos, nova avaliação da cavidade uterina, repetição do procedimento ou outras intervenções para controle da hemorragia, incluindo tamponamento intrauterino em situações selecionadas. Quando houver suspeita de perfuração uterina ou lesão de estruturas adjacentes, a avaliação cirúrgica deve ser imediata, podendo ser necessária laparoscopia ou laparotomia.

A presença de dor abdominal intensa, sinais de irritação peritoneal ou instabilidade hemodinâmica após o procedimento constitui sinal de alerta para complicações potencialmente graves. Nessas

circunstâncias, a investigação não deve ser postergada, e a paciente deve ser avaliada por equipe com capacidade de realizar intervenção cirúrgica, conforme a suspeita diagnóstica e a gravidade do quadro.

Alta e seguimento após o abortamento

A alta hospitalar deve ocorrer somente após a avaliação das condições clínicas da paciente, com confirmação de estabilidade hemodinâmica, controle adequado da dor e ausência de sinais que indiquem complicações imediatas. Também devem ser verificadas as necessidades relacionadas à profilaxia da aloimunização Rh, quando indicada, e fornecidas orientações individualizadas sobre contracepção, planejamento reprodutivo, sinais de alerta e acesso aos serviços de saúde. A paciente deve receber documentação com o diagnóstico, os procedimentos realizados e as informações sobre o material encaminhado para análise, quando aplicável.

A reavaliação clínica, geralmente programada para uma a duas semanas, ou em intervalo definido de acordo com a modalidade terapêutica e a evolução clínica, permite verificar a resolução do quadro e investigar a persistência de sintomas. A necessidade de ultrassonografia ou de outros exames deve ser individualizada, evitando-se investigações desnecessárias quando a resolução clínica estiver bem estabelecida. O acompanhamento também deve considerar as repercussões emocionais da perda gestacional, assegurando acolhimento, escuta qualificada e encaminhamento para suporte psicossocial quando necessário.

4.2. Gestação Ectópica

Reconhecimento clínico

A gestação ectópica caracteriza-se pela implantação do tecido gestacional fora da cavidade endometrial e representa uma condição potencialmente grave, sobretudo quando ocorre ruptura e hemorragia intra-abdominal. A apresentação clínica é variável, e a tríade clássica composta por atraso menstrual, dor pélvica e sangramento vaginal nem sempre está presente simultaneamente. Entre os fatores de risco conhecidos estão o antecedente de gravidez ectópica, cirurgias tubárias, doença inflamatória pélvica, tabagismo, realização de técnicas de reprodução assistida e ocorrência de gestação durante o uso de dispositivo intrauterino. Entretanto, aproximadamente metade das mulheres com gravidez ectópica não apresenta fatores de risco identificáveis, o que reforça a importância de considerar essa hipótese diagnóstica diante de manifestações clínicas compatíveis (Barnhart, 2009).

A localização tubária é a mais frequente, embora a implantação também possa ocorrer em outros sítios, como cicatriz de cesariana, colo uterino, região intersticial da tuba, ovário ou cavidade abdominal. A gestação heterotópica, caracterizada pela coexistência de gestação intrauterina e ectópica, também deve ser considerada em contextos específicos, especialmente após técnicas de reprodução assistida. Essas apresentações menos frequentes podem estar associadas a maior complexidade diagnóstica e risco de complicações, justificando avaliação especializada e encaminhamento para serviços de maior complexidade quando necessário (Miller; Gyamfi-Bannerman, 2022).

Manejo clínico e terapêutico

A escolha do tratamento da gravidez ectópica depende da estabilidade hemodinâmica, da presença ou ausência de ruptura,

dos achados ultrassonográficos, dos níveis séricos de β-hCG, das contraindicações às opções terapêuticas e da possibilidade de acompanhamento adequado. A abordagem deve ser individualizada, priorizando-se a segurança da paciente e a prevenção de complicações hemorrágicas.

Nas pacientes com instabilidade hemodinâmica ou suspeita de ruptura, a intervenção cirúrgica deve ser imediata, associada às medidas de ressuscitação e à reposição de hemocomponentes quando necessária. A escolha entre laparoscopia e laparotomia depende das condições clínicas, da intensidade da hemorragia, dos recursos disponíveis e da experiência da equipe cirúrgica. A estabilização e o controle definitivo da fonte de sangramento devem ocorrer de maneira coordenada, sem atrasos decorrentes da espera por exames complementares que não modifiquem a decisão emergencial.

Nas pacientes hemodinamicamente estáveis e sem evidências de ruptura, o tratamento medicamentoso com metotrexato pode ser considerado quando houver critérios clínicos e laboratoriais apropriados. Um dos esquemas utilizados consiste na administração de dose única intramuscular de 50 mg/m² de superfície corporal, conforme os protocolos de referência (Elito Júnior, 2018; Fernandes; Sá, 2019). A seleção da paciente exige confirmação diagnóstica compatível com gravidez ectópica, exclusão razoável de gestação intrauterina viável, ausência de sinais de ruptura, capacidade de adesão ao seguimento e avaliação das contraindicações ao medicamento.

Entre as contraindicações relevantes ao metotrexato estão a amamentação, determinadas doenças hepáticas, renais ou

hematológicas, doença pulmonar ativa, úlcera péptica ativa e hipersensibilidade ao medicamento. A avaliação pré-terapêutica deve incluir hemograma, função renal e hepática, tipagem sanguínea e análise das condições clínicas que possam aumentar o risco de toxicidade. A concentração inicial de β-hCG, o tamanho da massa anexial e a presença de atividade cardíaca embrionária também influenciam a probabilidade de sucesso. Em geral, o tratamento apresenta melhores resultados quando os níveis iniciais de β-hCG são inferiores a 5.000 mUI/mL, a massa anexial é menor que 3,5 cm e não há atividade cardíaca embrionária identificável, embora esses parâmetros devam ser interpretados em conjunto, e não como critérios isolados (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018a).

O acompanhamento após a administração de metotrexato é indispensável para confirmar a resolução da gestação ectópica e identificar precocemente possíveis complicações. No esquema de dose única, recomenda-se a dosagem de β-hCG nos dias 4 e 7 após a administração. Uma redução de pelo menos 15% entre esses dois momentos indica resposta inicial favorável; posteriormente, a dosagem deve ser realizada semanalmente até que os níveis se tornem indetectáveis, conforme o protocolo utilizado. Uma queda inferior à esperada, a estabilização ou a elevação dos valores exige reavaliação e consideração de nova dose ou intervenção cirúrgica, conforme a evolução clínica.

Durante o acompanhamento, a paciente deve receber orientações sobre os possíveis efeitos adversos do metotrexato e as precauções necessárias. Recomenda-se evitar álcool, suplementos e medicamentos contendo ácido fólico, além de anti-inflamatórios não esteroides e ácido acetilsalicílico quando contraindicados pelo

protocolo ou pelo contexto clínico. Também devem ser discutidos os cuidados com exposição solar e a necessidade de evitar nova concepção durante o período recomendado após o tratamento. A orientação sobre o intervalo para tentar engravidar novamente deve seguir a diretriz adotada pelo serviço, considerando a recuperação clínica e a eliminação do medicamento. Dor abdominal intensa, tontura, síncope, dor no ombro ou outros sinais sugestivos de hemorragia exigem atendimento de emergência, mesmo que os níveis de β-hCG estejam em queda (Elito Júnior, 2018).

A conduta expectante pode ser considerada em pacientes cuidadosamente selecionadas, clinicamente estáveis, assintomáticas ou com sintomas mínimos, com níveis baixos de β-hCG em queda espontânea e possibilidade de acompanhamento rigoroso. Valores inferiores a 1.500 mUI/mL podem favorecer essa estratégia em contextos específicos, mas não constituem, isoladamente, garantia de segurança (Magalhães; Jesus; Trajano, 2015). A decisão deve considerar a evolução dos níveis hormonais, os achados ultrassonográficos, a ausência de sinais de ruptura e a capacidade de retorno imediato diante de novos sintomas.

Quando o tratamento cirúrgico é necessário, a escolha entre salpingectomia e salpingostomia depende das condições da tuba acometida, do estado da tuba contralateral, do desejo reprodutivo e das circunstâncias clínicas. A salpingectomia, que consiste na retirada da tuba afetada, é frequentemente utilizada quando a tuba contralateral se encontra preservada. A salpingostomia, por sua vez, pode ser considerada quando a preservação tubária é particularmente relevante, como nos casos de comprometimento da tuba contralateral. Entretanto, essa técnica apresenta risco de persistência de tecido trofoblástico, exigindo acompanhamento pós-

operatório com dosagens seriadas de β-hCG até a confirmação da resolução.

Cuidados diagnósticos e situações especiais

A investigação da gravidez ectópica exige cautela para evitar intervenções que possam interromper uma gestação intrauterina viável. A curetagem uterina não deve ser realizada rotineiramente com a finalidade exclusiva de confirmar o diagnóstico de ectópica sem que tenham sido avaliadas adequadamente as possibilidades diagnósticas e a viabilidade de uma gestação intrauterina. Quando persistir dúvida, a decisão deve considerar os achados ultrassonográficos, a evolução do β-hCG, o quadro clínico e, quando necessário, a avaliação especializada.

As gestações implantadas em cicatriz de cesariana ou no colo uterino exigem atenção particular devido ao risco de hemorragia grave e à complexidade das opções terapêuticas. Nessas situações, recomenda-se encaminhamento para serviço de referência com experiência no manejo de gestações ectópicas complexas, evitando-se procedimentos uterinos realizados às cegas, que podem precipitar sangramento de difícil controle.

Protocolos de metotrexato e seguimento

Antes da administração do metotrexato, é necessário confirmar que a paciente apresenta condições clínicas compatíveis com o tratamento medicamentoso, avaliar a ausência de gestação intrauterina viável e verificar os resultados dos exames laboratoriais pertinentes, incluindo hemograma, creatinina e transaminases. A tipagem sanguínea e a avaliação da necessidade de profilaxia anti-D também devem integrar o planejamento assistencial, conforme as

recomendações vigentes. Além disso, é indispensável assegurar que a paciente compreenda as exigências do acompanhamento e tenha condições de comparecer às consultas e realizar as dosagens seriadas de β-hCG.

A dose do medicamento é calculada com base na superfície corporal, e a seleção do esquema deve seguir o protocolo adotado pelo serviço. O Quadro 5 sintetiza os esquemas terapêuticos e os critérios de acompanhamento, destacando a necessidade de monitorização laboratorial até a resolução do quadro e a orientação sobre os sinais de alerta que exigem reavaliação imediata.

Quadro 5. Esquemas de metotrexato na gestação ectópica tubária

Esquema	Dose e monitoramento	Quando considerar
Dose única	50 mg/m² IM no dia 1; β-hCG nos dias 4 e 7; se a queda entre os dias 4 e 7 for menor que 15%, repetir a dose	Esquema mais usado; menor número de consultas e de efeitos adversos
Duas doses	50 mg/m² IM nos dias 1 e 4; β-hCG nos dias 4 e 7, com possibilidade de nova dose conforme a queda	Opção quando o β-hCG inicial é mais elevado
Dose fixa múltipla	Metotrexato 1 mg/kg IM nos dias 1, 3, 5 e 7, alternado com leucovorina 0,1 mg/kg nos dias 2, 4 e 6, com dosagem de β-hCG, até queda adequada	Menos utilizado; maior toxicidade e necessidade de internação ou visitas frequentes

Fonte: elaborado pelos autores, com base em Elito Júnior (2018), Fernandes e Sá (2019) e American College of Obstetricians and Gynecologists (2018a).

Seguimento após o tratamento medicamentoso da gestação ectópica

Após a administração do metotrexato, o acompanhamento clínico e laboratorial é indispensável para avaliar a resposta terapêutica e identificar precocemente possíveis complicações. No esquema de dose única, a dosagem quantitativa de β-hCG deve ser realizada nos dias 4 e 7 após a administração do medicamento, seguida de avaliações semanais até que os níveis se tornem indetectáveis, conforme o protocolo adotado. Uma redução de pelo menos 15% entre o quarto e o sétimo dia sugere resposta inicial favorável, enquanto a estabilização ou a elevação dos valores exige reavaliação clínica e consideração de tratamento adicional.

Durante o acompanhamento, algumas pacientes podem apresentar dor abdominal transitória, relacionada às alterações decorrentes da involução do tecido trofoblástico. Essa manifestação, por vezes denominada dor de separação, pode ocorrer entre o terceiro e o sétimo dia após a administração do medicamento e tende a ser autolimitada. Entretanto, dor intensa ou progressiva, tontura, síncope, dor referida no ombro ou sinais de instabilidade hemodinâmica exigem avaliação imediata, pois podem indicar ruptura tubária e hemorragia intra-abdominal, mesmo quando os níveis de β-hCG estão diminuindo. Entre os possíveis efeitos adversos do metotrexato estão náuseas, estomatite e elevação das enzimas hepáticas, cuja ocorrência deve ser considerada durante o seguimento.

A orientação sobre planejamento reprodutivo também integra a assistência após o tratamento medicamentoso. Recomenda-se evitar nova gestação durante o período de recuperação e pelo

intervalo estabelecido na diretriz adotada, frequentemente indicado como três meses após a administração do metotrexato (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018a). A persistência ou elevação dos níveis de β-hCG, a manutenção dos sintomas ou o surgimento de sinais sugestivos de ruptura podem indicar falha terapêutica e necessidade de nova intervenção, incluindo tratamento cirúrgico.

Tratamento cirúrgico da gestação ectópica

O tratamento cirúrgico está indicado principalmente nas situações de instabilidade hemodinâmica, hemoperitônio significativo, suspeita ou confirmação de ruptura, dor intensa sugestiva de complicação, falha do tratamento medicamentoso e presença de contraindicações ao metotrexato. A impossibilidade de garantir acompanhamento clínico e laboratorial adequado também pode favorecer a escolha da abordagem cirúrgica. Além disso, determinadas características da gestação, como massa anexial volumosa ou presença de atividade cardíaca embrionária, podem reduzir a probabilidade de sucesso do tratamento medicamentoso e devem ser consideradas na decisão terapêutica.

A laparoscopia é geralmente preferida nas pacientes hemodinamicamente estáveis, desde que existam condições técnicas e equipe experiente. Nos casos de choque, hemorragia importante ou impossibilidade de abordagem laparoscópica segura, a laparotomia pode ser necessária para permitir o controle rápido do sangramento. A escolha entre salpingectomia e salpingostomia deve considerar as condições da tuba acometida, a integridade da tuba contralateral, o desejo reprodutivo e as características clínicas de cada paciente.

Em estudo randomizado que comparou a abordagem cirúrgica radical com a conservadora, as taxas de gestação intrauterina subsequente foram semelhantes em determinadas populações, enquanto a persistência de tecido trofoblástico foi mais frequente após a salpingostomia (Fernandez *et al.*, 2013). Por esse motivo, a salpingectomia costuma ser a opção preferencial quando a tuba contralateral está saudável e não existem razões específicas para preservar a tuba acometida. A salpingostomia pode ser considerada quando a preservação tubária apresenta relevância particular para a fertilidade futura, mas exige monitoramento semanal dos níveis de β-hCG até a confirmação da resolução completa.

Em ambas as modalidades cirúrgicas, deve-se avaliar a necessidade de imunoprofilaxia anti-D nas pacientes Rh negativo, conforme as recomendações vigentes. Também é fundamental orientar a mulher sobre o risco de recorrência de gravidez ectópica, estimado em aproximadamente 10%, embora esse risco varie conforme os antecedentes e as condições clínicas individuais (Barnhart, 2009). O planejamento de uma gestação futura deve considerar a recuperação clínica e a necessidade de acompanhamento precoce, incluindo ultrassonografia quando indicada, para confirmar a localização da nova gestação.

Localizações especiais da gestação ectópica

As gestações ectópicas implantadas em locais menos frequentes, como cicatriz de cesariana, colo uterino, região intersticial da tuba, ovário e cavidade abdominal, apresentam desafios diagnósticos e terapêuticos específicos. A gestação heterotópica, caracterizada pela coexistência de uma gestação intrauterina e outra ectópica, também exige atenção, sobretudo em mulheres submetidas a

técnicas de reprodução assistida. Essas condições podem estar associadas a maior risco de hemorragia grave e demandam avaliação especializada.

O manejo deve ser individualizado e realizado, preferencialmente, em serviço com experiência em ginecologia cirúrgica, disponibilidade de hemocomponentes e acesso a recursos complementares, como embolização arterial ou procedimentos endoscópicos, quando indicados. As alternativas terapêuticas podem incluir metotrexato sistêmico ou local, aspiração guiada por imagem, ressecção cirúrgica e embolização, dependendo da localização, da idade gestacional, da estabilidade hemodinâmica e dos objetivos reprodutivos. A definição da conduta deve ocorrer de maneira multidisciplinar, evitando-se procedimentos uterinos às cegas, especialmente nas implantações cervical e em cicatriz de cesariana, devido ao risco de hemorragia grave (Miller; Gyamfi-Bannerman, 2022).

4.3. Doença Trofoblástica Gestacional (Mola Hidatiforme)

A doença trofoblástica gestacional compreende um conjunto de condições relacionadas à proliferação anormal do tecido trofoblástico, incluindo a mola hidatiforme completa e parcial e formas neoplásicas que podem surgir após uma gestação molar. A apresentação clínica clássica da mola hidatiforme pode incluir sangramento vaginal, aumento uterino desproporcional à idade gestacional, concentrações muito elevadas de β-hCG, hiperêmese, manifestações de hipertireoidismo e pré-eclâmpsia antes de 20 semanas. Entretanto, a identificação desses sinais varia conforme a idade gestacional e a extensão da doença. A ultrassonografia realizada no primeiro trimestre pode apresentar achados

inespecíficos, de modo que a confirmação diagnóstica depende da integração dos dados clínicos, laboratoriais e histopatológicos (Ngan *et al.*, 2018).

O tratamento da mola hidatiforme consiste, habitualmente, no esvaziamento uterino por aspiração a vácuo, utilizando-se aspiração manual intrauterina ou aspiração elétrica, conforme a disponibilidade e as condições clínicas. A administração de ocitocina pode ser realizada após o início da evacuação, de acordo com o protocolo assistencial, para favorecer a contração uterina e reduzir o sangramento. A indução medicamentosa do abortamento e a curetagem cortante vigorosa devem ser evitadas como estratégias rotineiras de esvaziamento, considerando-se os riscos associados e as recomendações específicas para a doença trofoblástica gestacional (Ngan *et al.*, 2018). Todo o material obtido deve ser encaminhado para análise histopatológica, fundamental para a classificação da doença e o planejamento do seguimento.

Após o esvaziamento, a paciente deve ser acompanhada por meio de dosagens seriadas de β-hCG até a normalização, seguidas de monitoramento pelo período recomendado para a classificação histológica e o protocolo de referência. A contracepção eficaz durante o acompanhamento é importante para evitar que uma nova gestação dificulte a interpretação de eventuais elevações do marcador hormonal. A mulher também deve ser encaminhada a um centro de referência em doença trofoblástica gestacional, quando disponível, para assegurar vigilância adequada e identificação precoce de possível evolução para neoplasia trofoblástica gestacional (Ngan *et al.*, 2018). Na Bahia, o serviço de referência responsável por cada macrorregião deve ser confirmado junto à

regulação estadual, considerando-se a organização vigente da rede de atenção.

Condução prática da mola hidatiforme

A avaliação pré-operatória da paciente com suspeita ou diagnóstico de mola hidatiforme deve incluir investigação da repercussão hematológica e das possíveis complicações clínicas. Recomenda-se solicitar hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, além de avaliar a função renal e hepática conforme as condições clínicas. A dosagem de hormônios tireoidianos, incluindo TSH e T4 livre, é particularmente relevante quando houver manifestações sugestivas de hipertireoidismo ou concentrações muito elevadas de β-hCG. Também devem ser investigados sinais de pré-eclâmpsia, anemia e comprometimento hemodinâmico, com estabilização clínica antes do procedimento quando necessária.

O esvaziamento uterino por aspiração a vácuo constitui a abordagem preferencial na maioria dos casos. A ocitocina pode ser administrada após o início da evacuação, conforme o protocolo, e a escolha da técnica deve considerar a idade gestacional, o volume uterino, a intensidade do sangramento e os recursos disponíveis. Em mulheres que não desejam preservar a fertilidade e apresentam indicação apropriada, a histerectomia pode ser considerada como alternativa, sem dispensar a vigilância posterior para detecção de doença trofoblástica persistente. Nas pacientes Rh negativo, a necessidade de imunoprofilaxia anti-D deve ser avaliada de acordo com as recomendações vigentes.

O acompanhamento pós-esvaziamento é essencial para identificar a persistência ou a progressão da doença. A dosagem de β-hCG deve

ser realizada de forma seriada até a normalização, seguida pelo período de vigilância recomendado para o tipo de mola identificado. A contracepção eficaz deve ser discutida individualmente, considerando-se os métodos adequados à condição clínica e às preferências da paciente. A utilização de dispositivo intrauterino durante o período de acompanhamento deve observar as recomendações específicas, sobretudo enquanto houver sangramento ou persistência de tecido intrauterino.

A persistência dos níveis de β-hCG, sua elevação após uma queda inicial ou a estabilização em valores incompatíveis com a resolução esperada pode indicar neoplasia trofoblástica gestacional. A interpretação desses resultados deve seguir os critérios diagnósticos estabelecidos pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), considerando a evolução temporal dos valores e a classificação histopatológica. Quando houver suspeita de doença persistente, a paciente deve ser encaminhada prontamente a um serviço especializado para confirmação diagnóstica, estadiamento e definição do tratamento apropriado (Ngan *et al.*, 2018).

4.4. Causas Cervicovaginais e Outras Condições Associadas Ao Sangramento

As alterações cervicovaginais representam causas importantes de sangramento genital, especialmente quando o volume é pequeno ou quando não há evidências de complicações gestacionais. Entre as condições mais frequentes estão a ectopia cervical, os pólipos, a cervicite e as lesões vaginais. O exame especular permite identificar alterações da mucosa, determinar a possível origem do sangramento e reconhecer lesões que necessitem de investigação adicional. Quando houver suspeita de neoplasia do colo uterino, a

paciente deve ser encaminhada para avaliação diagnóstica apropriada, que poderá incluir colposcopia, citologia cervical ou biópsia, conforme os achados clínicos e as recomendações vigentes.

Nas mulheres que apresentam gestação com dispositivo intrauterino, a conduta deve ser individualizada após a confirmação da localização gestacional e a avaliação dos riscos associados à permanência do dispositivo. Quando os fios estiverem visíveis ou o dispositivo puder ser removido com segurança, a retirada deve ser considerada conforme as recomendações específicas, após avaliação clínica. A manutenção do DIU em determinadas circunstâncias pode aumentar o risco de complicações, incluindo perda gestacional e infecção, enquanto a tentativa de remoção em situações inadequadas também pode produzir danos. Por isso, a decisão deve considerar a localização do dispositivo, a idade gestacional e as condições clínicas da paciente.

A investigação diferencial do sangramento também deve contemplar coagulopatias, uso de anticoagulantes e possíveis causas não ginecológicas, como sangramento urinário ou gastrointestinal. A identificação da origem do sangramento é fundamental para evitar diagnósticos equivocados e direcionar a investigação para a condição efetivamente responsável pelos sintomas.

Violência sexual e assistência integral

Diante de suspeita ou relato de violência sexual, a assistência deve ser conduzida de maneira acolhedora, confidencial e livre de julgamentos, assegurando a proteção da paciente e o acesso às medidas de cuidado previstas na legislação brasileira. A Lei nº

12.845/2013 estabelece o atendimento obrigatório e integral às pessoas em situação de violência sexual nos hospitais integrantes da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo as medidas de profilaxia, prevenção da gravidez decorrente da violência e encaminhamento aos serviços pertinentes (BRASIL, 2013).

A assistência deve considerar a indicação de contracepção de emergência, profilaxias para infecções sexualmente transmissíveis, avaliação de risco para HIV, cuidados relativos à hepatite B e acompanhamento psicossocial, conforme o contexto e o tempo transcorrido desde a violência. Quando houver gestação decorrente de violência sexual, a paciente deve receber informações claras sobre seus direitos e sobre as possibilidades legalmente previstas, incluindo o acesso ao abortamento nas hipóteses autorizadas pela legislação brasileira. O artigo 128 do Código Penal estabelece as situações em que o abortamento não é punido, conforme os requisitos legais aplicáveis (BRASIL, 1940). A condução deve respeitar a autonomia da paciente, o sigilo profissional e os fluxos assistenciais da rede de referência.

4.5. Coagulopatias, Anticoagulação e Outras Situações Clínicas

A investigação de alterações da coagulação deve ser considerada diante de sangramento genital desproporcional à apresentação clínica, episódios recorrentes, antecedentes pessoais ou familiares sugestivos de distúrbios hemorrágicos ou uso de medicamentos anticoagulantes. A avaliação laboratorial inicial pode incluir hemograma com contagem de plaquetas, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativada e fibrinogênio, de acordo com a gravidade e a hipótese diagnóstica. Quando houver suspeita clínica, a investigação pode ser ampliada para doenças hereditárias,

como a doença de von Willebrand, e outras alterações da hemostasia.

As mulheres em uso de anticoagulantes exigem avaliação individualizada, considerando-se a intensidade do sangramento, a indicação original da anticoagulação e o risco de eventos tromboembólicos decorrentes da suspensão do tratamento. A decisão sobre interrupção temporária, reversão ou retomada da anticoagulação deve ser tomada de acordo com a gravidade do quadro e, quando necessário, em conjunto com especialistas em hematologia ou cardiologia. Essa abordagem busca equilibrar o controle da hemorragia com a prevenção de complicações trombóticas, evitando a suspensão indiscriminada de medicamentos essenciais.

4.6. Documentação, Notificação e Aspectos Legais

O registro clínico deve ser completo, objetivo e suficientemente detalhado para assegurar a continuidade do cuidado e a rastreabilidade das decisões assistenciais. O prontuário deve conter a história clínica, os achados do exame físico e especular, os resultados do β-hCG e da ultrassonografia, a classificação diagnóstica, as alternativas terapêuticas discutidas e a conduta adotada. Também devem ser registrados os horários das intervenções, a tipagem sanguínea e o fator Rh, a indicação e a administração de imunoprofilaxia, quando aplicável, o consentimento informado e as orientações fornecidas para o seguimento.

O registro deve incluir, ainda, os procedimentos realizados, a identificação dos materiais encaminhados para análise e os

resultados disponíveis no momento da alta. Nos casos em que o diagnóstico permanecer inconclusivo, é fundamental documentar o plano de acompanhamento, os exames previstos e as orientações sobre os sinais de alerta que exigem retorno imediato. Essa documentação contribui para a segurança da paciente, a continuidade assistencial e a avaliação da qualidade dos serviços prestados.

O abortamento espontâneo, por si só, não constitui motivo para notificação policial. Entretanto, diante de suspeita ou confirmação de violência contra a mulher, devem ser observadas as obrigações de notificação compulsória em saúde e os procedimentos previstos na legislação vigente, incluindo a Lei nº 10.778/2003 e suas alterações, bem como as disposições aplicáveis à notificação de violências interpessoais e autoprovocadas (BRASIL, 2003; BRASIL, 2019). A notificação sanitária não se confunde com comunicação policial, e os profissionais devem respeitar os fluxos legais e institucionais pertinentes, assegurando sigilo, acolhimento e proteção da paciente. Nos casos de violência sexual, o atendimento deve seguir as disposições da Lei nº 12.845/2013 e os fluxos locais de referência para assistência integral, profilaxias e acesso aos procedimentos legalmente autorizados.

5. ACESSO AO CUIDADO NA BAHIA

5.1. O Percurso na Rede SUS

A organização da assistência às mulheres com sangramento durante a gestação no Sistema Único de Saúde (SUS) depende da articulação entre os diferentes níveis de atenção, da identificação precoce dos sinais de gravidade e da disponibilidade de serviços

capazes de realizar diagnóstico e tratamento oportunos. A Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459/2011, estabeleceu diretrizes para a organização da atenção à gestação, ao parto, ao nascimento e ao puerpério, contemplando o acolhimento e a classificação de risco nos serviços obstétricos (BRASIL, 2011b). Nesse contexto, a unidade básica de saúde, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) podem constituir as portas de entrada para o atendimento, conforme a condição clínica da paciente e a organização local da rede. Quando a complexidade do caso ultrapassa a capacidade resolutiva do serviço de origem, torna-se necessário acionar a regulação assistencial e providenciar a transferência para uma unidade de referência.

Na Bahia, a ampliação da assistência obstétrica especializada inclui iniciativas voltadas à expansão da capacidade hospitalar e à descentralização do acompanhamento de gestantes de alto risco. Entre essas iniciativas, destaca-se o Programa Mãe Bahia, associado à oferta de atendimento pré-natal especializado nas Policlínicas Regionais de Saúde e a incentivos financeiros destinados a maternidades municipais, conforme informações divulgadas pela imprensa estadual (A TARDE, [s.d.]). Embora essas estratégias apontem para a ampliação da oferta assistencial, sua efetividade depende da distribuição territorial dos serviços, da disponibilidade de equipes e recursos diagnósticos e terapêuticos e da integração entre os pontos de atenção.

5.2. Exemplos de Serviços de Referência

Em Salvador e na Região Metropolitana, a concentração de maternidades estaduais, universitárias e filantrópicas amplia a oferta de assistência obstétrica especializada. Entre os serviços públicos

mencionados nas fontes consultadas estão a Maternidade Tsylla Balbino e o Instituto de Perinatologia da Bahia (Iperba), este último objeto de anúncios de reformas pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (a Tarde, 2023), além da Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Neto, associada à assistência de maior complexidade (BNEWS, [s.d.]). A Maternidade Climério de Oliveira, vinculada à Universidade Federal da Bahia, desempenha também importante função na formação de profissionais e na assistência materno-infantil, embora seu perfil de atendimento às urgências deva ser confirmado diretamente com a unidade e com a regulação. Na Região Metropolitana, a Maternidade Regional de Camaçari representa uma iniciativa de ampliação da capacidade de atendimento obstétrico (BAHIA, 2024).

Em Feira de Santana e municípios circunvizinhos, o Hospital Inácia Pinto dos Santos, conhecido como Hospital da Mulher, constitui um importante serviço de assistência obstétrica. Conforme as informações divulgadas, a unidade funciona como porta aberta para urgências obstétricas de Feira de Santana, enquanto pacientes provenientes de municípios pactuados podem ser encaminhadas pela Central Estadual de Regulação (Jornal Grande BAHIA, 2026a). No primeiro semestre de 2026, foram registrados 29.352 acolhimentos com classificação de risco, segundo informações publicadas pelo Jornal Grande Bahia (2026b). A abrangência regional do serviço, associada à elevada demanda, evidencia sua relevância para a assistência às mulheres e, simultaneamente, a necessidade de organização dos fluxos de acesso. A limitação temporária dos atendimentos em razão da superlotação, divulgada em março de 2025, com manutenção das urgências e emergências, ilustra a pressão sobre a capacidade instalada (BNEWS, 2025). Para pacientes provenientes de outros municípios, a articulação com a

regulação é especialmente importante, sem que isso represente atraso na assistência emergencial quando houver indicação de atendimento imediato.

Na região Norte da Bahia, o Hospital Regional de Juazeiro (HRJ), vinculado à rede estadual, recebeu investimentos relacionados à implantação de uma nova maternidade de alto risco, apresentada pelo governo estadual como referência para gestantes de maior complexidade e emergências obstétricas no Vale do Médio São Francisco (BAHIA, 2023; A TARDE, [s.d.]). A disponibilidade efetiva de serviços, entretanto, deve ser verificada de acordo com a capacidade operacional da unidade e os fluxos de referência vigentes, sobretudo nos casos que demandam intervenção cirúrgica imediata, hemocomponentes ou acompanhamento especializado.

No Sul da Bahia, o Hospital Materno-Infantil Joaquim Sampaio, em Ilhéus, foi apresentado como referência para a assistência ao parto de alto risco (JORNAL GRANDE BAHIA, [s.d.]), enquanto a Santa Casa de Misericórdia de Itabuna administra uma maternidade de grande relevância para a região (A TARDE, [s.d.]). Nas regiões de Vitória da Conquista e Jequié, os encaminhamentos devem observar os fluxos pactuados e a disponibilidade dos serviços de referência. Na Chapada Diamantina, a Maternidade Frei Justo Venture, localizada em Seabra, foi indicada como referência para 11 municípios da região (Jornal da Chapada, 2023). Esses exemplos demonstram a importância dos polos regionais na organização da assistência obstétrica, mas também evidenciam que a existência formal de uma unidade de referência não garante, por si só, acesso oportuno a todos os procedimentos necessários.

Entre os desafios recorrentes estão as longas distâncias entre os municípios e os serviços especializados, as fragilidades nos processos de referência e contrarreferência, a disponibilidade variável de ultrassonografia durante os plantões e o acesso desigual à aspiração manual intrauterina (AMIU), ao metotrexato e ao acompanhamento seriado do β-hCG. A superlotação também pode comprometer os tempos de avaliação e tratamento. Diante dessas limitações, os serviços sem capacidade para realizar o procedimento indicado devem priorizar a estabilização clínica, o contato com a regulação e a transferência segura, acompanhada de relatório clínico completo. Nos casos de instabilidade hemodinâmica ou suspeita de gravidez ectópica rota, a necessidade de intervenção emergencial deve orientar a conduta, evitando atrasos decorrentes de trâmites administrativos.

5.3. Rede Suplementar: Planos de Saúde e Atendimento Particular

Na saúde suplementar, a assistência às complicações gestacionais está sujeita às disposições da Lei nº 9.656/1998 e às normas aplicáveis ao contrato e à cobertura assistencial. A legislação prevê cobertura para atendimentos de urgência e emergência após o prazo legal de carência de 24 horas, incluindo situações que envolvem complicações do processo gestacional, observadas as regras legais e contratuais pertinentes (BRASIL, 1998). A aplicação dessa previsão deve considerar a segmentação do plano, a natureza do atendimento e as circunstâncias clínicas, pois a cobertura de urgência ou emergência não elimina automaticamente todas as limitações contratuais, especialmente aquelas relacionadas à internação em planos exclusivamente ambulatoriais.

Entre as situações que podem exigir atendimento de urgência estão os sangramentos gestacionais com sinais de gravidade, o abortamento com complicações, a gravidez ectópica e suas possíveis consequências. A avaliação pode demandar ultrassonografia transvaginal, dosagem quantitativa de β-hCG, exames laboratoriais, observação clínica e, quando indicado, tratamento cirúrgico. A Lei nº 14.454/2022 estabeleceu critérios para a cobertura de procedimentos e tratamentos não incluídos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), aspecto relevante para a análise de situações específicas (BRASIL, 2022). A cobertura de medicamentos, imunoglobulina anti-D e outros recursos deve ser examinada conforme a indicação clínica, a regulamentação aplicável e as condições contratuais, sem presumir cobertura uniforme para todos os produtos e procedimentos.

Na Bahia, hospitais privados localizados em Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista e Ilhéus oferecem diferentes modalidades de atendimento obstétrico. Entretanto, a disponibilidade de ultrassonografia durante o plantão, de obstetra presencial em tempo integral, de centro cirúrgico e de suporte hemoterápico pode variar entre instituições. Por essa razão, a escolha do serviço deve considerar sua capacidade real de responder à necessidade clínica apresentada. Quando a unidade não dispõe dos recursos necessários, a transferência deve ser organizada de maneira segura, com participação da operadora e articulação com a rede assistencial pertinente. A paciente e seu acompanhante devem receber informações claras sobre a conduta, a necessidade de transferência e os canais de orientação relativos à cobertura contratual, sem que questões administrativas retardem medidas indispensáveis à preservação da vida e da saúde.

5.4. Desigualdades Territoriais e Barreiras de Acesso

A distribuição dos serviços obstétricos na Bahia sugere uma rede organizada em torno de polos regionais, com concentração de determinados recursos de maior complexidade em cidades específicas. Essa configuração permite ampliar a capacidade técnica instalada, mas pode produzir barreiras de acesso para mulheres residentes em municípios distantes, sobretudo quando o atendimento exige transporte sanitário, regulação e disponibilidade imediata de leitos. As interpretações apresentadas a seguir constituem hipóteses analíticas derivadas das fontes consultadas e precisam ser examinadas por meio de indicadores assistenciais e epidemiológicos, como os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A concentração de maternidades de maior complexidade em Salvador e em polos como Feira de Santana, Juazeiro, Ilhéus e Itabuna pode aumentar a dependência de deslocamentos intermunicipais. Em situações como a gravidez ectópica, nas quais a ruptura e a hemorragia podem evoluir rapidamente, a distância até um serviço com capacidade cirúrgica constitui uma variável potencialmente relevante para o desfecho clínico. Essa relação, contudo, deve ser investigada com dados sobre o tempo entre o início dos sintomas, a primeira avaliação, a regulação, a transferência e o tratamento definitivo, evitando atribuir causalidade sem evidência empírica suficiente.

A pressão sobre serviços de porta aberta, como a documentada em Feira de Santana em 2025 (BNEWS, 2025), também pode comprometer o tempo necessário para a realização de exames e a

definição terapêutica. Paralelamente, unidades de menor porte podem não dispor continuamente de ultrassonografia, AMIU, metotrexato ou imunoglobulina anti-D, o que torna indispensável a existência de protocolos de estabilização e transferência, além de comunicação efetiva entre os serviços de origem e de destino. A capacidade de resposta da rede depende, portanto, não apenas da existência de estabelecimentos de referência, mas também da disponibilidade de recursos, da organização dos fluxos e da continuidade do cuidado.

Outra barreira relevante é o estigma associado ao abortamento, inclusive quando ocorre espontaneamente. O receio de julgamento, discriminação ou exposição pode retardar a procura por assistência e dificultar a comunicação de informações clínicas importantes. A Pesquisa Nacional de Aborto estimou que aproximadamente uma em cada cinco mulheres brasileiras de até 40 anos já havia realizado um aborto, segundo os dados publicados por Diniz, Medeiros e Madeiro (2017). Esse contexto reforça a necessidade de atendimento acolhedor, sigiloso e livre de julgamentos, especialmente diante de complicações como abortamento incompleto ou infecção. A literatura internacional também identifica o abortamento inseguro e suas complicações entre os problemas relevantes para a prevenção da morbimortalidade materna (Say *et al.*, 2014; Ganatra *et al.*, 2017).

As iniciativas de ampliação da rede, incluindo a Casa da Gestante de Feira de Santana, as reformas anunciadas em maternidades de Salvador e a implantação de uma nova maternidade em Juazeiro (a Tarde, 2023), apontam para esforços de expansão e regionalização da assistência. Entretanto, a avaliação de seus resultados exige indicadores capazes de demonstrar se houve redução das distâncias assistenciais, melhoria da capacidade de resposta e diminuição do

tempo entre a identificação da complicação e o tratamento definitivo. No caso do abortamento e da gravidez ectópica, a análise deve considerar não apenas a estrutura disponível, mas também a oportunidade do atendimento, a segurança da transferência e os desfechos clínicos.

5.5. Indicadores de Qualidade e Segurança do Paciente

A avaliação da qualidade da assistência às mulheres com sangramento gestacional requer indicadores que permitam identificar atrasos, falhas de processo e oportunidades de melhoria. Entre os indicadores recomendados estão o intervalo entre a admissão e a realização da ultrassonografia; o tempo entre a suspeita de gravidez ectópica rota e o encaminhamento ao centro cirúrgico; a proporção de mulheres Rh negativo que receberam imunoglobulina anti-D quando indicada, conforme os protocolos vigentes; a frequência de utilização de AMIU em comparação com a curetagem, considerando a indicação clínica e a disponibilidade dos métodos; e o tempo para início da antibioticoterapia nos casos de sepse, segundo as recomendações aplicáveis.

Também é pertinente acompanhar as reinternações em até 30 dias, a proporção de pacientes que recebem orientações contraceptivas compatíveis com suas preferências e condições clínicas e a proporção de mulheres que deixam o serviço com retorno programado ou encaminhamento definido. Esses indicadores devem ser interpretados à luz do perfil das pacientes, da gravidade dos casos e da capacidade instalada de cada unidade, evitando comparações descontextualizadas entre serviços com funções assistenciais distintas.

A análise sistemática de eventos adversos, a discussão multiprofissional dos casos, a simulação de procedimentos como a AMIU, o treinamento para reconhecimento de emergências obstétricas e a pactuação de fluxos com a regulação podem contribuir para aprimorar a segurança do paciente. A adoção de protocolos acessíveis, associada ao monitoramento periódico dos indicadores, favorece a identificação de gargalos e a implementação de intervenções compatíveis com as necessidades de cada serviço.

6. IMPACTO NA VIDA DA MULHER

As repercussões do sangramento gestacional ultrapassam o episódio clínico agudo e podem envolver dimensões emocionais, reprodutivas, familiares, sociais e econômicas. Em estudo prospectivo com mais de 500 mulheres, Farren *et al.* (2020) identificaram sintomas relevantes de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão após abortamento espontâneo ou gravidez ectópica, com persistência de manifestações em parte das participantes ao longo dos meses subsequentes. Esses achados indicam que o acompanhamento não deve se restringir à resolução física da complicação, sendo importante reconhecer o sofrimento emocional e oferecer suporte adequado.

As consequências variam de acordo com a experiência vivenciada e as circunstâncias clínicas. A gravidez ectópica pode exigir intervenção cirúrgica e, em determinadas situações, resultar na perda de uma trompa, gerando preocupações relacionadas à fertilidade futura. A doença trofoblástica gestacional, por sua vez, demanda acompanhamento laboratorial prolongado e orientações específicas sobre contracepção e planejamento reprodutivo. Já o abortamento de repetição pode estar associado a desgaste

emocional persistente, incertezas sobre a possibilidade de uma gestação futura e necessidade de investigação clínica individualizada (Quenby *et al.*, 2021).

No âmbito trabalhista, a Consolidação das Leis do Trabalho prevê repouso remunerado de duas semanas em caso de aborto não criminoso, mediante comprovação por atestado médico, conforme o artigo 395 (BRASIL, 1943). A emissão da documentação pertinente integra o cuidado e pode contribuir para a proteção dos direitos da mulher durante a recuperação. Além disso, a equipe deve reconhecer a possibilidade de luto e sofrimento emocional, evitando comentários que minimizem a perda ou desconsiderem o significado atribuído pela paciente à gestação.

A dimensão ética da assistência exige acolhimento respeitoso, privacidade e ausência de julgamento moral. As orientações do Ministério da Saúde sobre a atenção humanizada ao abortamento ressaltam a importância do sigilo e do respeito à mulher, inclusive nos casos de abortamento provocado (BRASIL, 2011a). O atendimento deve se concentrar nas necessidades de saúde, na identificação de complicações e na oferta de informações claras, sem exposição indevida da paciente. Também devem ser disponibilizados aconselhamento contraceptivo, acompanhamento clínico e encaminhamento para suporte psicológico quando indicado.

A comunicação do diagnóstico deve ser conduzida em linguagem acessível, explicitando o que foi identificado, quais aspectos permanecem incertos, quais são as alternativas de tratamento e quais sinais exigem retorno imediato ao serviço. Sempre que possível, as orientações devem ser fornecidas também por escrito. A

investigação sobre a rede de apoio, a presença de violência e a segurança no ambiente domiciliar pode revelar necessidades adicionais de proteção e acompanhamento. Diante das evidências de sofrimento psicológico após perdas gestacionais, a avaliação de sintomas de ansiedade e depressão durante o seguimento pode auxiliar na identificação precoce de mulheres que necessitam de cuidado especializado (Farren *et al.*, 2020).

No que se refere ao planejamento reprodutivo, os critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde permitem o início de diversos métodos contraceptivos logo após um abortamento sem complicações infecciosas, incluindo dispositivos intrauterinos quando não houver contraindicação clínica (WORLD Health Organization, 2015). A escolha deve ser compartilhada, respeitando as preferências da mulher e sua autonomia. Para aquelas que desejam uma nova gestação, um estudo observacional de grande porte não encontrou desvantagem associada à tentativa de engravidar antes de transcorridos seis meses após um abortamento (Love *et al.*, 2010). Ainda assim, o momento mais adequado deve considerar a condição clínica, a recuperação emocional e as particularidades do caso, em vez de estabelecer um intervalo arbitrário para todas as pacientes.

As consequências econômicas e sociais também merecem atenção. Consultas, exames, deslocamentos, afastamento do trabalho e necessidade de acompanhamento podem gerar despesas e perda de renda, sobretudo para mulheres que dependem de atividades informais ou residem longe dos centros de referência. Esses custos podem ser particularmente relevantes em contextos de vulnerabilidade socioeconômica e contribuir para a descontinuidade do cuidado (Quenby *et al.*, 2021). Assim, uma assistência integral

deve considerar não apenas a resolução da complicação obstétrica, mas também as condições concretas que permitem à mulher recuperar-se, acessar o seguimento e exercer suas decisões reprodutivas.

7. CHECKLIST PARA O PLANTÃO

No atendimento inicial à mulher em idade fértil com sangramento vaginal ou dor pélvica, a primeira etapa consiste em avaliar a estabilidade hemodinâmica. Diante de instabilidade ou suspeita de hemorragia importante, devem ser iniciadas as medidas de reanimação, incluindo obtenção de acessos venosos calibrosos, coleta de exames laboratoriais, tipagem sanguínea e reserva de hemocomponentes conforme a gravidade. Quando houver suspeita de gravidez ectópica rota ou outra condição que exija intervenção imediata, a avaliação cirúrgica deve ocorrer sem atrasos evitáveis.

A investigação diagnóstica deve incluir teste de gravidez e, quando indicado, dosagem quantitativa de β-hCG. O exame físico, incluindo a avaliação especular quando clinicamente apropriada, deve ser realizado conforme a apresentação da paciente e as condições de segurança do atendimento. A ultrassonografia transvaginal, quando disponível e indicada, auxilia na avaliação da localização gestacional, da vitalidade embrionária e da presença de líquido livre. Os critérios diagnósticos de inviabilidade gestacional devem ser aplicados de maneira conservadora, evitando conclusões precipitadas em situações de incerteza.

Nos casos de gestação de localização desconhecida, a conduta deve considerar a estabilidade clínica, os achados ultrassonográficos, a evolução do β-hCG e a possibilidade de acompanhamento confiável.

A repetição do β-hCG em aproximadamente 48 horas pode integrar a investigação, desde que exista plano definido de reavaliação e acesso rápido ao serviço diante de sinais de alarme. A alta não deve ocorrer sem orientações claras, registro da hipótese diagnóstica, definição do seguimento e explicação sobre quando procurar atendimento imediatamente.

Na gravidez ectópica, a escolha entre acompanhamento expectante, tratamento medicamentoso e cirurgia depende dos critérios clínicos, laboratoriais e ultrassonográficos, além da possibilidade de seguimento seguro. O metotrexato deve ser considerado apenas quando houver indicação apropriada e condições para monitoramento. Na impossibilidade de acompanhamento adequado, diante de contraindicações ao tratamento medicamentoso ou em situações de gravidade, deve-se avaliar a abordagem cirúrgica ou a transferência para unidade capacitada.

Nos casos de abortamento, as opções terapêuticas devem ser discutidas de acordo com a apresentação clínica, as contraindicações, os recursos disponíveis e as preferências informadas da mulher. O manejo pode ser expectante, medicamentoso ou cirúrgico, conforme a indicação. Quando houver suspeita de abortamento infectado ou sepse, a prioridade é iniciar prontamente a abordagem clínica, incluindo antibioticoterapia e controle do foco infeccioso, com avaliação para esvaziamento uterino quando indicado.

Diante da suspeita de doença trofoblástica gestacional, a aspiração a vácuo, a avaliação histopatológica e o acompanhamento seriado do β-hCG devem integrar o plano assistencial, com encaminhamento para serviço de referência quando necessário. A avaliação do fator

Rh e a indicação de imunoglobulina anti-D devem seguir as recomendações e os protocolos vigentes, considerando a idade gestacional, o tipo de evento e as circunstâncias clínicas.

Por fim, o atendimento deve incluir acolhimento sem julgamento, comunicação clara do diagnóstico, orientação sobre contracepção e planejamento reprodutivo, emissão de documentação pertinente e programação do retorno. Quando o serviço não dispuser dos recursos necessários, cabe à equipe estabilizar a paciente conforme sua condição clínica, acionar a regulação e organizar a transferência com relatório completo, assegurando a continuidade do cuidado.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sangramento na primeira metade da gestação exige abordagem clínica sistematizada, fundamentada na avaliação inicial da estabilidade hemodinâmica, na determinação da localização e da evolução da gestação e na identificação da causa subjacente, de modo a orientar a intervenção mais adequada para cada situação. Os desfechos clínicos dependem não apenas da precisão da avaliação e da oportunidade da conduta individual, mas também da capacidade de organização e resposta da rede de atenção à saúde.

Na Bahia, a expansão da estrutura assistencial, incluindo maternidades e Policlínicas Regionais de Saúde, representa um avanço na regionalização do cuidado. Entretanto, persistem desafios relacionados às desigualdades territoriais, à sobrecarga dos serviços de porta aberta e à disponibilidade irregular de recursos diagnósticos e terapêuticos, como ultrassonografia, aspiração manual intrauterina (AMIU), metotrexato e imunoglobulina anti-D. Essas limitações reforçam a necessidade de aprimorar a articulação

entre os serviços, estabelecer fluxos assistenciais pactuados com a regulação e assegurar condições para diagnóstico oportuno, transferência segura e continuidade do acompanhamento.

Nesse sentido, recomenda-se a elaboração e a atualização periódica de fluxogramas locais, a capacitação das equipes para a realização de procedimentos e avaliações de urgência, a organização do seguimento laboratorial nos casos de gestação de localização desconhecida e gravidez ectópica e a incorporação da atenção à saúde mental ao cuidado após perdas gestacionais. Também é fundamental garantir que as mulheres recebam informações compreensíveis, orientações sobre sinais de alarme e encaminhamentos compatíveis com suas necessidades clínicas e psicossociais. O acolhimento sem julgamento, o respeito à autonomia e a preservação do sigilo constituem componentes essenciais da qualidade e da segurança assistencial.

Do ponto de vista da produção de conhecimento, estudos futuros devem caracterizar o perfil dos atendimentos por abortamento e gravidez ectópica nas maternidades baianas, utilizando dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), registros dos serviços de referência e outras fontes administrativas pertinentes. A investigação de indicadores como tempo até o diagnóstico, intervalo entre a suspeita clínica e o tratamento definitivo, necessidade de transferência, complicações e desfechos maternos poderá contribuir para identificar desigualdades regionais e subsidiar o planejamento de intervenções voltadas à melhoria da assistência.

8.1. Limitações do Estudo

Este estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento de revisão narrativa, especialmente a possibilidade de viés na seleção das publicações e a ausência de síntese quantitativa sistemática dos resultados. Além disso, a caracterização da rede de assistência obstétrica na Bahia foi construída a partir de fontes oficiais e jornalísticas, cujas informações podem apresentar defasagem temporal e não necessariamente refletir a capacidade operacional dos serviços no momento do atendimento. Essas fontes também não substituem a análise de dados administrativos e indicadores assistenciais capazes de dimensionar a cobertura, a disponibilidade de recursos e os tempos de resposta da rede.

Outra limitação diz respeito à variabilidade da oferta de procedimentos, exames e medicamentos entre instituições e diferentes plantões, o que impede presumir disponibilidade uniforme em todo o território estadual. Quanto às doses e aos esquemas terapêuticos discutidos ao longo do artigo, foram consideradas, sempre que disponíveis, recomendações e protocolos da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), complementados por documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), conforme indicado no texto. Essas recomendações devem ser conferidas nas versões vigentes e interpretadas de acordo com a indicação clínica, as contraindicações, os protocolos institucionais e as informações regulatórias aplicáveis.

Diante dessas limitações, pesquisas futuras devem avançar na análise quantitativa dos atendimentos, dos tempos de resposta, da disponibilidade de recursos e dos desfechos maternos nas

maternidades baianas. A integração entre dados epidemiológicos, informações sobre a estrutura dos serviços e avaliações dos processos assistenciais poderá oferecer evidências mais consistentes para o aprimoramento das políticas públicas e da organização regional da assistência obstétrica.

8.2. Síntese dos Pontos-Chave para a Prática Clínica

Na abordagem inicial de mulheres em idade fértil com sangramento vaginal ou dor pélvica, a exclusão ou confirmação de gestação e a avaliação da estabilidade hemodinâmica devem orientar as primeiras decisões clínicas. A ultrassonografia transvaginal e a dosagem quantitativa de β-hCG devem ser interpretadas conjuntamente, respeitando os critérios diagnósticos conservadores para a definição de inviabilidade gestacional. Nos casos de gestação de localização desconhecida (GLD), o acompanhamento clínico, laboratorial e ultrassonográfico deve ser organizado de forma a permitir a identificação oportuna de uma possível gravidez ectópica, sem interrupção prematura da investigação.

No tratamento do abortamento, a escolha entre manejo expectante, medicamentoso e cirúrgico deve considerar a condição clínica, as indicações e contraindicações de cada modalidade, os recursos disponíveis e as preferências informadas da mulher. Quando houver indicação de intervenção cirúrgica, a AMIU constitui uma alternativa importante, enquanto o misoprostol pode ser empregado nos contextos clínicos apropriados. Nos casos de gravidez ectópica, o metotrexato pode ser considerado em pacientes criteriosamente selecionadas, clinicamente estáveis e com possibilidade de seguimento adequado; diante de instabilidade hemodinâmica ou suspeita de ruptura, a avaliação cirúrgica emergencial é prioritária.

Na suspeita de doença trofoblástica gestacional, a aspiração a vácuo, a avaliação histopatológica e o acompanhamento especializado com dosagens seriadas de β-hCG são componentes fundamentais do cuidado. A avaliação do fator Rh e a indicação de imunoglobulina anti-D devem observar as recomendações vigentes e as particularidades clínicas de cada caso. Por fim, a assistência deve integrar o tratamento da condição obstétrica ao acolhimento respeitoso, à orientação sobre sinais de alarme, ao planejamento reprodutivo e à atenção às repercussões emocionais e sociais da experiência vivenciada.

Em conjunto, esses elementos reforçam que a assistência segura ao sangramento na primeira metade da gestação depende da integração entre conhecimento clínico atualizado, disponibilidade de recursos, organização dos fluxos assistenciais e cuidado centrado na mulher. A redução de complicações evitáveis exige, portanto, tanto o aprimoramento das práticas clínicas quanto o fortalecimento de uma rede regionalizada, acessível, resolutiva e comprometida com a equidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A TARDE. **Bahia cria maior programa de incentivo a maternidades municipais do país.** Salvador, [s.d.]. Disponível em: https://atarde.com.br/bahia/bahia-cria-maior-programa-de-incentivo-a-maternidades-municipais-do-pais-1307295. Acesso em: 27 out. 2026.

A TARDE. **Obras da maternidade de Juazeiro recebem investimento milionário.** Salvador, 2023. Disponível em:

https://atarde.com.br/bahia/obras-da-maternidade-de-juazeiro-recebem-investimento-milionario-1237159. Acesso em: 27 out. 2026.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Practice Bulletin No. 181: prevention of Rh D alloimmunization. **Obstetrics & Gynecology,** v. 130, n. 2, p. e57-e70, 2017.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Practice Bulletin No. 193: tubal ectopic pregnancy. **Obstetrics & Gynecology,** v. 131, n. 3, p. e91-e103, 2018a.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Practice Bulletin No. 200: early pregnancy loss. **Obstetrics & Gynecology,** v. 132, n. 5, p. e197-e207, 2018b.

BAETHGE, C.; GOLDBECK-WOOD, S.; MERTENS, S. SANRA: a scale for the quality assessment of narrative review articles. **Research Integrity and Peer Review,** v. 4, n. 5, 2019.

BAHIA. Governo do Estado. **Pré-natal humanizado na Maternidade Regional de Camaçari garante segurança para gestantes de alto risco.** Salvador, 2024. Disponível em: https://www.ba.gov.br/comunicacao/2024/09/noticias/audio-pre-natal-humanizado-na-maternidade-regional-de-camacari-garante-seguranca-para-gestantes-de-alto-risco. Acesso em: 27 out. 2026.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Com investimento superior a R$ 35 milhões, obras da maternidade de Juazeiro seguem em ritmo acelerado.** Salvador: Governo do Estado da Bahia, 2023. Disponível em: https://www.ba.gov.br/comunicacao/2023/08/noticias/com-

investimento-superior-a-r-35-milhoes-obras-da-maternidade-de-juazeiro-seguem-em-ritmo-acelerado-2. Acesso em: 27 out. 2026.

BARNHART, K. *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.

BARNHART, K. T. Ectopic pregnancy. **New England Journal of Medicine,** v. 361, n. 4, p. 379-387, 2009.

BNEWS. **Hospital da Mulher em Feira de Santana limita atendimentos para gestantes.** Salvador, 19 mar. 2025. Disponível em: https://www.bnews.com.br/noticias/saude/hospital-da-mulher-em-feira-de-santana-limita-atendimentos-para-gestantes.html. Acesso em: 27 out. 2026.

BNEWS. **Reunião discute situação de maternidades na Bahia.** Salvador, [s.d.]. Disponível em: https://www.bnews.com.br/noticias/saude/136532-reuniao-discute-situacao-de-maternidades-na-bahia.html. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União,** Rio de Janeiro, 1940. Art. 128.

BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União,** Rio de Janeiro, 1943. Art. 395.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 10.778/2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.656/1998 para estabelecer critérios para cobertura de procedimentos fora do rol da ANS. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2022.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 1998. Art. 35-C.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento:** norma técnica. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2011b.

COOMARASAMY, A. *et al.* Sustained therapy with progesterone for threatened miscarriage (PRISM). **New England Journal of Medicine,** v. 380, n. 19, p. 1815-1824, 2019.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.

DOUBILET, P. M. *et al.* Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. **New England Journal of Medicine,** v. 369, n. 15, p. 1443-1451, 2013.

ELITO JÚNIOR, J. **Gravidez ectópica.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2018. (Protocolos Febrasgo – Obstetrícia, n. 22).

ESHRE GUIDELINE GROUP ON RPL. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an update in 2022. **Human Reproduction Open,** v. 2023, n. 1, hoad002, 2023.

EVANS, L. *et al.* Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. **Critical Care Medicine,** v. 49, n. 11, p. e1063-e1143, 2021.

FARREN, J. *et al.* Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology,** v. 222, n. 4, p. 367.e1-367.e22, 2020.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Abortamento espontâneo: classificação, diagnóstico e conduta. **Femina,** v. 53, n. 1, p. 47-52, 2025. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, n. 17).

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Uso de misoprostol em obstetrícia.** São Paulo: Febrasgo, 2023. (Febrasgo Position Statement, n. 6).

FERNANDES, C. E.; SÁ, M. F. S. (ed.). **Tratado de obstetrícia Febrasgo.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

FERNANDEZ, H. *et al.* Fertility after radical surgery versus conservative surgery for ectopic pregnancy: the DEMETER randomised trial. **Human Reproduction,** v. 28, n. 5, p. 1247-1253, 2013.

GANATRA, B. *et al.* Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14. **The Lancet,** v. 390, n. 10110, p. 2372-2381, 2017.

JORNAL DA CHAPADA. **Chapada: maternidade em Seabra monta equipe de profissionais para percorrer municípios conscientizando gestantes sobre os riscos da prematuridade.** 3 dez. 2023. Disponível em: https://jornaldachapada.com.br/2023/12/03/chapada-maternidade-em-seabra-monta-equipe-de-profissionais-para-percorrer-municipios-conscientizando-gestantes-sobre-os-riscos-da-prematuridade. Acesso em: 27 out. 2026.

JORNAL GRANDE BAHIA. **Governo da Bahia amplia rede materno-infantil ao entregar a Maternidade Frei Justo, em Seabra.** Feira de Santana, [s.d.]. Disponível em: https://jornalgrandebahia.com.br/?p=962328. Acesso em: 27 out. 2026.

JORNAL GRANDE BAHIA. **Hospital da Mulher atende urgências obstétricas da região** (Complexo Materno-Infantil de Feira de Santana). Feira de Santana, 2026a. Disponível em: https://jornalgrandebahia.com.br/?p=1376068. Acesso em: 27 out. 2026.

JORNAL GRANDE BAHIA. **Hospital da Mulher de Feira de Santana registra recorde de atendimentos em 2026 e ultrapassa 29 mil acolhimentos na emergência obstétrica.** Feira de Santana, 2026b.

Disponível em: https://jornalgrandebahia.com.br/?p=1368429. Acesso em: 27 out. 2026.

LOVE, E. R. *et al.* Effect of interpregnancy interval on outcomes of pregnancy after miscarriage: retrospective analysis of hospital episode statistics in Scotland. **BMJ,** v. 341, c3967, 2010.

MAGALHÃES, A. L. C.; JESUS, N. R.; TRAJANO, A. J. B. Tratamento clínico da prenhez ectópica. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto,** Rio de Janeiro, 2015. DOI: 10.12957/rhupe.2015.18349.

MILLER, R.; GYAMFI-BANNERMAN, C. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #63: cesarean scar ectopic pregnancy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology,** v. 227, n. 3, p. B9-B20, 2022.

MORRIS, J. L. *et al.* FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. **International Journal of Gynecology & Obstetrics,** v. 138, n. 3, p. 363-366, 2017.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Ectopic pregnancy and miscarriage:** diagnosis and initial management (NG126). London: NICE, 2019.

NGAN, H. Y. S. *et al.* Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. **International Journal of Gynecology & Obstetrics,** v. 143, suppl. 2, p. 79-85, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10:** classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. rev. São Paulo: Edusp, 2008.

QUENBY, S. *et al.* Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. **The Lancet,** v. 397, n. 10285, p. 1658-1667, 2021.

SAY, L. *et al.* Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health,** v. 2, n. 6, p. e323-e333, 2014.

SCHREIBER, C. A. *et al.* Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. **New England Journal of Medicine,** v. 378, n. 23, p. 2161-2170, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Abortion care guideline.** Geneva: WHO, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medical eligibility criteria for contraceptive use.** 5. ed. Geneva: WHO, 2015.

ZHANG, J. *et al.* A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. **New England Journal of Medicine,** v. 353, n. 8, p. 761-769, 2005.

---

[1] Doutor em Educação e Contemporaneidade. Universidade do Estado da Bahia – UNEB. Juazeiro, Bahia, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7072-0930. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Doutoranda em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental. Universidade Estadual da Bahia - UNEB. Juazeiro, Bahia, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-3494-4252. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Especialista, Saúde e Educação. Universidade Estadual de Feira de Santana. Centro Universitário de Excelência - UNEX. Feira de Santana, BA, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Especialista em Saúde e Educação. Centro Universitário de Excelência - UNEX. Feira de Santana, BA, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[5] Especialista em Medicina Humana, Ginecologia e Obstetrícia. Instituição Hospital Inacia Pinto dos Santos. Centro Universitário de Excelência - UNEX. Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[6] Médico Estagiário no HIPS. Hospital Inácia Pinto dos Santos. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[7] Mestranda em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental. Médica Residente de Ginecologia e Obstetrícia pelo Fundo Municipal de Saúde de Juazeiro. Universidade Estadual da Bahia - UNEB. Lattes: https://lattes.cnpq.br/0250909309059418. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail