

## **CONCEITO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA ROTURA UTERINA: UMA ABORDAGEM REVISANDO A LITERATURA.**

CONCEPT, DIAGNOSIS AND TREATMENT RUPTURE UTERINE: APPROACH TO REVIEWING LITERATURE.

Josias Botelho da Costa<sup>1</sup>  
Letícia Gemyna Serrão Furtado<sup>1</sup>  
Paula Alcântara da Silva<sup>2</sup>  
Humberto Ferreira Ribeiro<sup>3</sup>

### **RESUMO**

A rotura uterina é uma solução de continuidade do músculo uterino que pode ocorrer após 28<sup>o</sup> semana gestacional e durante o trabalho de parto podendo ser classificada em completa e incompleta. Ela é considerada umas das mais graves complicações em obstetrícia podendo ocasionar morte materna e morte fetal intra-uterina. Neste estudo aprofunda-se uma revisão da literatura, incluindo manuais do Ministério da Saúde, sobre complicações obstétricas com ênfase em Rotura Uterina: Fatores predisponentes, quadro clínico, diagnóstico e tratamento. Para isso foi realizada procura nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library) e BVS-Ministério da Saúde (Biblioteca Virtual da Saúde) aceitando como válido o período de 2000 à 2014, com as seguintes palavras-chave: Ruptura uterina, complicações na gravidez e hemorragia uterina. Foi verificado que quando se fala da rotura uterina, a visão de seu conceitual, processos precedentes, curso clínico e conduta a ser tomada destaca-se como instrumento diferencial na assistência, podendo mudar uma assistência profissional mecanizada por uma tomada de decisão compromissada e fundamentada em um conhecimento que condiz sucesso à prática. Tem destaque a detecção inicial e a atenção humanizada, indicando qualidade da assistência obstétrica prestada, visando o bem a quem se destina.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ruptura uterina. Complicações na gravidez. Obstetrícia.

### **ABSTRACT**

The uterine rupture is a continuation of the uterine muscle solution that can occur after 28th week gestation and during labor can be classified as complete or incomplete. It is considered one of the most serious complications in obstetrics may cause maternal death and intrauterine fetal death. In this study we deepen a literature review, including the Ministry of Health manual on obstetric complications with emphasis on Rupture Uterine: predisposing factors, clinical presentation, diagnosis and treatment. For this was done searching in databases Scielo (Scientific Electronic Library) and BVS- Ministry of Health (Virtual Health Library) accepting as valid the period 2000 to 2014 with the following key words: uterine rupture,

---

<sup>1</sup> Acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará- UEPA/Campus XIII

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará- UEPA Campus XIII.

<sup>3</sup> Enfermeiro. Mestrando em Ciências Sociais. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Coordenador adjunto e docente do Curso de Enfermagem UEPA/ Campus XIII.

pregnancy complications and uterine bleeding. It was found that when speaking of uterine rupture, the sight of his conceptual, previous processes, clinical course and action to be taken stands out as a differential instrument for the care and can change a mechanized professional assistance by taking a committed decision and based on a knowledge that consistent success in practice. It has highlighted the initial detection and humanized care, indicating the quality of obstetric care provided, for the well to whom it is intended.

**KEY WORDS:** Uterine rupture. Pregnancy complications. Obstetrics.

## **1. INTRODUÇÃO**

Sabe-se que a gestação é um período de grande relevância quando relacionada a temáticas envolvendo a mulher, onde ocorrem modelações tanto físicas quanto emocionais que culminarão em influências no seu cotidiano, refletindo em dúvidas e medos, que são consequências, muitas vezes, da pouca experiência sobre as inovações trazidas pelo processo de gravidez (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012).

O percurso gravídico transmite a necessidade de reestruturações na vida feminina e nos papéis exercido pela mulher, pois é nessa conjuntura que está inserida o passar de ser só filha para o também ser mãe. Caminha junto o reajuste no relacionamento conjugal, situação socioeconômica e atividades de trabalho, mudanças de ordem biológica, somática, psicológica e social, o que representa uma experiência intensa e única (PICCININI *et al*, 2008).

A gestação e o parto correspondem a um período de importantes transformações fisiológicas, anatômicas e emocionais. A gravidez normalmente apresenta uma jornada saudável, no entanto pode apresentar complicações durante seu curso ou durante o parto. As complicações gestacionais que ganham destaque no Brasil são aquelas relacionadas às infecções, hipertensão na gravidez e as hemorragias, que de certa forma contribuem para o aumento da probabilidade de morte do binômio mãe e filho (CORRÊA, 2004).

A gestação de alto risco está relacionada a um pior prognóstico o que precisará de constantes avaliações agrupadas ao uso de técnicas e atendimento mais especializado com maior densidade tecnológica (BRASIL, 2012). Incluem-se nesta classificação as gestações que são consideradas de baixo risco quando os aspectos de mortalidade e morbidade, tanto materna quanto fetal, estão abaixo ou iguais aos da população de forma geral. A gestação de baixo risco, por sua vez, não necessita de um atendimento com elevada complexidade tecnológica (BRASIL, 2012).

Dessa forma, a rotura uterina (RU) é considerada umas das complicações mais graves em obstetrícia sendo esta uma das causas importantes de morte materna e morte fetal

intra-uterina. Trata-se de uma solução de continuidade do musculo uterino que pode ocorrer após 28<sup>o</sup> semana gestacional e durante o trabalho de parto (BRASIL, 2000; DAVID; XAVIER, 2011). A rotura uterina pode se dividir em: completa (quando há o rompimento total da parede uterina) e incompleta (onde o peritônio parietal se demonstra intacto) (BRASIL, 2010).

A incidência desta complicação pode variar de país para país podendo apresentar um quadro de ocorrência 1 a cada 585 partos a 1 a cada 6.673 partos (BRASIL, 2010). A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2011) relata que “sua prevalência é 0,03 a 0,08% de todos os partos, porém de 0,3 a 1,7% entre pacientes com cicatriz uterina. Tal diferença se deve a inúmeros fatores, sendo os principais a qualidade de assistência ao parto e a incidência anterior de cesarianas”.

Entre as principais causas da rotura uterina estão o uso de uterotônicos, traumatismos abdominais, parto obstruído, multiparidade, placenta percreta, gravidez gemelar e hiperdistensão uterina. No entanto, é considerado como maior fator de risco a essa complicação a presença de cicatriz uterina e a realização de partos cesáreos, este último classificado como o maior causador dos casos de rotura uterina tornando-o uma complicação cada vez mais temível (RESENDE; MONTENEGRO, 2012; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011; BRASIL, 2010; DAVID; XAVIER, 2011).

Diversas literaturas colocam a realização de cesárea anterior como principal causa de rotura uterina e sabe-se que o Brasil comporta as maiores taxas de cesáreas no mundo, chegando até mesmo a ocupar mais de 50% dos índices (BRASIL, 2012).

Diante desse cenário, torna-se relevante levantar informações que aprimorem o conhecimento a respeito de uma temática de importância impar, condizendo a sua etiologia, perfazendo um resgate no que se refere ao diagnóstico, assim como o tratamento. Importa-se assim, clarear a visão sobre uma problemática de uma realidade obstétrica brasileira: a ocorrência da rotura uterina.

## **2. OBJETIVO**

Realizar uma revisão da literatura, incluindo manuais do Ministério da Saúde, sobre complicações obstétricas com ênfase em Rotura Uterina: Fatores predisponentes, quadro clínico, diagnóstico e tratamento.

### **3. METODOLOGIA**

Para atingir o objetivo proposto foi realizado um levantamento dos principais artigos nacionais sobre complicações gestacionais enfatizando a rotura uterina, manuais do Ministério da Saúde, e outras literaturas que relatam sobre o tema, compreendidos no período de 2000 à 2014.

A revisão de literatura é definida como a procura de informações relacionada a um tema ou tópico que resuma a produção dos conhecimentos sobre um problema de pesquisa. O seu objetivo é fornecer uma síntese dos resultados de pesquisa, auxiliando o profissional, os pesquisadores e os estudantes na tomada de suas decisões. Neste tipo de estudo são abordados os itens importantes sobre o tema, de forma a proporcionar ao leitor uma compreensão do que existe publicado sobre o assunto. Dessa forma a revisão tem uma função integradora e facilita o acúmulo de conhecimento (POLIT; HUNGLER, 2004).

Na identificação das fontes bibliográficas foi realizado procura nos sites de busca Scielo (Scientific Electronic Library) e BVS-Ministério da Saúde (Biblioteca Virtual da Saúde), tendo sido utilizado para detecção das publicações indexadas nesta base de dados as seguintes palavras-chave, em consonância com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Ruptura Uterina, complicações na gravidez e hemorragia uterina. Para a seleção inicial dos artigos foi considerado também o título e o resumo e quando estes se encaixavam no assunto buscava-se o texto completo. Foram utilizados como critério de exclusão: artigos publicados em inglês ou espanhol ou outro idioma diferente do português nacional, artigos não relacionados com o tema, trabalhos que não apresentaram contribuições a respeito da RU na saúde e que não foram encontrados na íntegra.

### **4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

A tabela 1 apresenta o quantitativo dos trabalhos encontrados sobre a temática pesquisada. Priorizou-se os documentos que mais tratavam especificamente de rotura uterina, conceito, fatores predisponentes, quadro clínico, diagnóstico e conduta.

Nas duas bases de dados foram encontradas publicações que correspondiam aos descritores, sendo de grande valia para este trabalho apenas sete destes. Além dos provenientes das plataformas, foram incluídas neste estudo outras duas bibliografias provenientes da biblioteca do Campus local da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

**Tabela 1:** Quantitativo de publicações encontradas indexadas nas bases de dados

<b>BASES DE DADOS PESQUISADAS</b>				
	SCIELO		BVS- MS	
	Nº encontrado	Situação	Nº encontrado	Situação
Ruptura uterina	11	Apenas um utilizado	-	-
Complicações na gravidez	104	Todos excluídos	76	Seis utilizados
Hemorragia uterina	21	Todos excluídos	2	Todos excluídos

#### 4.1 FATORES PREDISPOONENTES

Existem alguns fatores que estão relacionados com a predisposição da rotura uterina. Entre eles estão:

(1) Antecedente de cesariana: Pesquisas mostram que pacientes submetidas ao parto normal com uma cesariana prévia apresentam maiores riscos de rotura uterina quando comparadas aquelas submetidas à cesariana eletiva. Os números variam de 3,92 a cada 1000 de 1,61 a cada 1000 respectivamente. No entanto, vale ressaltar que apesar da diferença aparente, as chances de ruptura por parto normal ainda são consideradas baixas para pacientes com uma cesárea anterior, assim a decisão de um parto vaginal após cesárea prévia única deverá ser considerada desde que a gestante conheça os riscos e seja acompanhada adequadamente por um profissional qualificado. Já aquelas que já obtiveram mais de uma cesárea anterior, indica-se o parto operatório visto que os riscos se tornam cinco vezes maiores (MARTINS *et al*, 2002).

(2) Uso inadequado de Ocitocina: a ocitocina é o fármaco mais utilizado para indução do parto, o seu uso como indutor de contrações não eleva o risco de rotura quando comparado ao trabalho de parto espontâneo, no entanto o seu uso deve se dar de maneira extremamente criteriosa e monitorada em pacientes com cesárea anterior, pois o seu uso inadequado pode elevar o risco de rotura através da hiperestimulação (BRASIL, 2010).

(3) Acretismo placentário: é frequentemente detectável, através da observação, a presença da rotura no local da implantação placentária, o que evidencia a relação entre a rotura e o acretismo de placenta (BRASIL, 2010).

(4) Outros fatores relacionados: existem outras causas que são apenas citadas nas literaturas como: cirurgias uterinas, miomatoses, multiparidade, anomalias uterinas, hiperdistensão uterina, uso inadequado do fórceps, gravidez gemelar e traumatismo abdominal (BRASIL, 2010; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011).

#### 4.2 QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

Sabe-se que a rotura uterina é uma complicação de considerável teor de gravidade, destacando-se como uma importante vertente dentre as inúmeras causas de morbimortalidade maternal. Sua ocorrência não se limita apenas no pré-parto, pode ocorrer também tanto intraparto quanto no pós-parto (BRASIL, 2010).

Levando em consideração o risco oferecido tanto a mãe quanto ao feto, ressalta-se a importância da identificação da ocorrência em período precoce, a fim de intervir de maneira eficiente. Nesse sentido Recife (2008) e Brasil (2000) entendem o processo de identificação facilitado por dois momentos: 1) Sinais de eminência da rotura uterina e 2) Rotura uterina instalada.

**Quadro 1:** Momentos facilitadores de diagnóstico (Baseado em Recife (2008) e Brasil (2000)).

---

**• Sinais de Eminência da Rotura Uterina**

---

1. Pacientes com contrações subentrantes intensas e excessivamente dolorosas.
2. Síndrome de distensão segmentar (Bandl-Frommel).
  - Sinal de Bandl (anel próximo ou contíguo à cicatriz umbilical que separa o corpo do segmento inferior do útero)
  - Sinal de Frommel (ligamentos redondos retesados e desviados para frente)

---

**• Rotura Uterina instalada**

---

1. Dor abrupta e lancinante no hipogástrio, seguida de acalmia dolorosa transitória.
2. Hemorragia (interna e/ou externa) cuja intensidade dependerá da extensão da rotura e dos vasos atingidos.
3. Choque: Diretamente relacionado ao volume da hemorragia
4. Sinais de Irritação peritoneal.
5. Paralisação do trabalho de parto.
6. Deformidades abdominais (útero vazio e feto fora da cavidade – rotura completa), feto "superficial" e com ausculta em geral negativa.

---

- Adaptado de Recife (2008) e Brasil (2000).

Priorizando o fortalecimento do saber sobre a patologia e reconhecendo esta ser mais frequente no intraparto, com o desaparecimento dos batimentos fetais, Recife (2008) reforça com veemência os aspectos clínicos, tendo concordância de Brasil (2000) quando reúne outros pontos que podem ser observados e se destacam de importância fundamental (Quadro 2).

**Quadro 2:** Quadro clínico da rotura uterina, segundo Recife (2008) e Brasil (2000).

- 
- Deterioração do padrão dos batimentos cardíacos fetais;
    - Gestante queixa de dor aguda, de forte intensidade;
      - Sangramento vaginal;
      - Parada das contrações;
    - Subida da apresentação ao toque vaginal;
  - Partes fetais palpáveis facilmente no abdome materno;
    - Taquicardia importante e hipotensão grave.
- 

-Adaptado de Recife (2008) e Brasil (2000)

#### 4.3 CONDUTA

A literatura esclarece o perigo de hemorragias pós-parto ocasionado por casos de rotura uterina e reafirma a necessidade de identificação para a condução do tratamento. Em termos de intervenção cirúrgica há uma concordância entre Recife (2008) e Brasil (2000) explicando a existência de uma variação que vai desde a sutura uterina até a histerectomia. Os autores não descartam a possibilidade da paciente, submetida ao processo, necessitar de um suporte vital e afirmam que alguns casos de rotura acabam provocando grandes hematomas de ligamento largo, podendo ser estendido até o retroperitônio.

Os mesmos, que acima falam de hematomas de ligamento largo, sabem que a abordagem cirúrgica nesse caso é mais complexa. Ambos recomendam drenagem no primeiro caso, no entanto alertam que quando se tratar de hematomas retroperitoniais, em princípio, não deve haver manipulação.

Continua os autores relatando aspectos relacionados à conduta em casos de parto vaginal com roturas sem manifestação clínica, afirmando ser mais evidente em rotura de cicatriz segmentar transversa. A detecção nesse caso parte de uma revisão de segmento uterino após a descida da placenta e a conduta a ser tomada dependerá da estabilidade hemodinâmica da paciente e da hemorragia visível.

Levando em consideração a avaliação de cada caso que poderá acontecer, pode ser adotada a conduta expectante<sup>4</sup>. Neste caso, é aconselhável a paciente ficar sob rigorosa observação e com ocitócicos em grandes doses. Já em grandes roturas detectadas ao toque, preconiza-se proceder-se à laparotomia com sutura da área lesada, podendo ou não ser feita laqueadura tubárea, conforme o consentimento da paciente e sua condição obstétrica (RECIFE, 2008; BRASIL, 2000).

Em todos os casos deve-se realizar a terapêutica visando a manutenção da vida da paciente, olhando-a de forma holística e preocupando-se com sua recuperação, que deve ser abraçada de modo acolhedor e humanizado.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da problemática de tamanha importância como a rotura uterina, a visão de seu conceitual, processos precedentes, curso clínico e conduta a ser tomada, destaca-se como instrumento diferencial na assistência, mudando uma posição mecânica profissional, por uma tomada de decisão compromissada e fundamentada em um conhecimento que condiz sucesso à prática.

Importa o direcionamento profissional para buscar a realização de uma avaliação cuidadosa dos riscos individuais que cada mulher poderá vir a apresentar, tendo conhecimento dos fatores que podem exercer influências na ocorrência de tal evento, como evidenciado neste levantamento, contribuindo para a efetivação de um processo gravídico com a proteção da saúde materna e do recém-nascido. Neste sentido, torna-se de grande relevância o papel protagonista dos serviços de atenção primária, no acompanhamento, orientações, identificações de riscos prévios (quando possíveis), encaminhamentos e sendo elo promovedor da garantia dos direitos de saúde da população feminina durante a gestação.

Ressalta-se que o aumento do número de cesarianas, por vezes na literatura relacionada como causa de rotura uterina, precisa ser analisado com mais proximidade elucidando a veracidade de sua ligação com complicações obstétricas. Entende-se que a realização de mais estudos nessa área venha servir de respostas e amenizar hipóteses hoje levantadas, diante de um aumento de práticas cesárias, principalmente no Brasil.

---

<sup>4</sup> Definição segundo Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Abordagem do gerenciamento clínico em que terapia imediata não é proporcionada, mas há um período de observação durante o qual os testes periódicos monitoram o paciente e a progressão da doença. (Tradução livre do original: Driffield T, Smith PC Med Decis Making. 2007 Mar-Apr;27(2):178-88).

Portanto, unir conhecimentos à prática tem sido uma bandeira levantada desde os primórdios da assistência profissional. Não obstante, conhecer o percurso clínico da rotura uterina, por exemplo, na eminência da patologia, surge como instrumento facilitador de intervenção. De toda forma, a detecção inicial, indica qualidade da assistência obstétrica prestada aos serviços que ocorre, visando o bem a quem se destina.

## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção A Saúde. **Gestação de alto risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CORRÊA, Mário Dias; MELO, Vitor Hugo de; AGUIAR, Regina Amélia Lopes Pessoa de; JUNIOR, Mário Dias Corrêa. **Noções Práticas de Obstetrícia**. 12.ed. Minas Gerais: Coopmed Editora, 2004.

DAVID, Ernestina Castelo; XAVIER, Elvira. **Manual de Referência Técnica sobre Assistência ao Parto, ao Recém-Nascido e Emergências Obstétricas**. República de Moçambique: Ministério da Saúde; 2011.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Gestação de Alto Risco**. [S.l]: Casa Leitura Médica; 2011.

PICCININI, Cesar Augusto; GOMES, Aline Grill; NARDI, Tatiana de; LOPES, Rita Sobreira. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.

POLIT, Denise; HUNGLER Bernadette. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Atenção humanizada à mulher no ciclo gravídico puerperal**. Recife: Secretaria de Saúde; 2008.

RESENDE, Jorge de, MONTENEGRO, Carlos A. Barbosa. **Obstetrícia Fundamental**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2012.