

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**AVALIAÇÃO DA MONITORIZAÇÃO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA DAS
PACIENTES ASSISTIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DO KUIMBA,
NO II TRIMESTRE DE 2023**

Autor: Nanikafuako Vanza

Orientador: Sebastião Maurício Mbassi, Lic.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**AVALIAÇÃO DA MONITORIZAÇÃO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA DAS
PACIENTES ASSISTIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DO KUIMBA,
NO II TRIMESTRE DE 2023**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola (ISA) como requisito para a obtenção do Grau de Licenciatura em Enfermagem sob orientação do Professor Sebastião Maurício Mbassi, Lic.

Autor: Adelino Francisco Monteiro

Orientador: Paulo Van-Dúnem António dos Santos, MSc.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS E SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

**AVALIAÇÃO DA MONITORIZAÇÃO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA DAS
PACIENTES ASSISTIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DO KUIMBA,
NO II TRIMESTRE DE 2023.**

O JÚRI

Presidente _____

1º Vogal _____

2º Vogal _____

Secretário _____

Classificação: _____

Data ____/____/____

DEDICATÓRIA

É com muito sentimento de louvar, o Director Miranda Kiavuvu Neto que contribuiu deste percurso académico e sem esquecer o meu Deus poderoso que me acompanhou nesta minha formação e não só.

AGRADECIMENTOS

À Deus todo poderoso por ter me dado o fôlego de vida e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos ao longo da formação.

Ao meu saudoso Pai Sebastião Nlandu e a minha Mãe Maria da Conceição, minhas Esposas Isabel Nsimba e Nzambi Kiampava que durante o tempo nunca me deixaram, meus filhos e filhas que tiveram uma grande paciência durante as minhas ausências. aos meus primos e primas, os meus tios e tias, aos meus irmãos Bernardo, António e outros.

Ao meu Orientador por ter conduzido este trabalho com paciência e dedicação, sempre mostrando-se disponível a compartilhar todo o seu conhecimento.

Ao Instituto Superior de Angola (ISA) por tudo que tem feito na formação de quadro e na organização eficiente, com esforço de todos os envolventes.

Aos profissionais do Hospital Municipal do Kuimba, pela colaboração e a gentileza demonstrada a quando da colheita de dados.

Aos colegas, amigos e conhecidos pela camaradagem e amizade vivida durante o período da nossa formação.

EPÍGRAFE

A gravidez ectópica é uma complicação obstétrica.

Robert Schuller

RESUMO

A gravidez ectópica é caracterizada pela fertilização do ovo fora da cavidade uterina, mais comumente nas Trompas de Falópio. A gravidez ectópica é uma complicação da gravidez, na qual o embrião se instala fora do útero, podendo se implantar nas trompas, heterotópica, na cavidade abdominal, na cicatriz da cesariana anterior, cervical ou ovariana. Tal situação certamente poderá trazer complicações físicas e psíquicas à gestante. Com o objectivo de compreender monitorização de gravidez ectópica das pacientes assistidas no hospital Municipal do Kuimba, no II trimestre de 2023. Para elaboração deste trabalho optou-se pelo estudo descritiva, observacional e bibliográfica. Constatou-se 97% dos profissionais de saúde têm baixo nível de conhecimento sobre a monitorização da gravidez ectópica e 93% dos mesmos têm conhecimento sobre os procedimentos técnicos assistenciais aos pacientes com gravidez ectópica; 90% representa os profissionais de saúde com domínio dos factores de risco em pacientes sobre a monitorização da gravidez ectópica. Concluindo assim a gravidez ectópica ocorre quando a implantação e o desenvolvimento do embrião ocorrem fora da cavidade corporal do útero. A localização mais frequente é a tubária, sendo mais de 90%. Alguns outros possíveis locais incluem o ovário, o colo uterino e as fímbrias.

Palavras-chave: Monitorização, gravidez ectópica, pacientes.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is characterized by fertilization of the egg outside the uterine cavity, most commonly in the fallopian tubes. Ectopic pregnancy is a complication of pregnancy, in which the embryo settles outside the uterus and can implant in the fallopian tubes, heterotopic, abdominal cavity, scar from a previous cesarean section, cervical or ovarian. However, such a situation can certainly bring physical and psychological complications to the pregnant woman. With the aim of understanding Ethiopian pregnancy monitoring of patients treated at the Kuimba Municipal Hospital, in the second quarter of 2023. To prepare this work, we opted for a descriptive, observational and bibliographic study. It was found that 97% of health professionals have a low level of knowledge about monitoring ectopic pregnancy and 93% of them have knowledge about technical care procedures for patients with ectopic pregnancy; 90% represent health professionals with knowledge of risk factors in patients when monitoring ectopic pregnancy. In conclusion, ectopic pregnancy occurs when the implantation and development of the embryo occurs outside the body cavity of the uterus. The most common location is the tubal, accounting for more than 90%. Some other possible sites include the ovary, cervix, and fimbriae.

Keywords: Monitoring, ectopic pregnancy, patients.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Cm: Centímetro

DEB: Dietil-estil-bestrol

DIP: Doença inflamatória pélvica

DIU: Dispositivo intrauterino

FIV: Fertilização in vitro

GE: Gravidez ectópica

GLD: Gestação de local desconhecido

GnRH: Hormônio liberador de gonadotrofinas

HSG: Histerossalpingografia

IST: Infecção de de transmissão sexual

ISTs: Infecções sexualmente transmissíveis

Mg/kg: Miligrama por quilograma

Mg/m²: Miligrama por metro quadrado

MicroRNAs: mediadores moleculares da senescência e do envelhecimento

MTX: Metotrexato

mUI/ml: Miligrama por unidade internacional por mililitro

USG: Ultrassonografia

USTV: Ultrassonografia vaginal

β-hCG: Gonadotrofina coriônica humana.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo a faixa etária	44
Tabela 2: Distribuição da amostra segundo o nível académico do profissional de saúde..	45
Tabela 3: Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço	46
Tabela 4: Distribuição da amostra segundo conhecimento sobre a monitorização da gravidez ectópica.....	47
Tabela 5: Distribuição da amostra segundo o conhecimento de procedimento técnico assistencial aos pacientes com gravidez ectópica.....	48
Tabela 6: Conhecimento sobre os factores de risco em pacientes/monitorização da gravidez ectópica.....	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da amostra segundo a faixa etária	44
Gráfico 2: Distribuição da amostra segundo o nível académico do profissional de saúde..	45
Gráfico 3: Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço	46
Gráfico 4: Distribuição da amostra segundo conhecimento sobre a monitorização da gravidez ectópica.....	47
Gráfico 5: Distribuição da amostra segundo o conhecimento de procedimento técnico assistencial aos pacientes com gravidez ectópica.....	48
Gráfico 6: Conhecimento sobre os factores de risco em pacientes/monitorização da gravidez ectópica.....	49

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
1.1. Definições de Termos e Conceitos.....	5
1.2. Gravidez ectópica, parte inferior do formulário	6
1.3. Etiologia da gravidez ectópica.....	7
1.4. Sinais e sintomas	8
1.5. Endometriose	8
1.5.1. Salpingite.....	8
1.5.2. A DIP	8
1.5.3. Cirurgias pélvicas	9
1.6. Os riscos associados à gestação tubária	9
1.7. Intervir diante de uma gravidez ectópica.....	9
1.8. Evitar uma gravidez ectópica	10
1.9. Malformações Uterinas.....	10
1.10. Tipos de malformações uterinas	11
1.11. Exame físico.....	13
1.12. O diagnóstico	13
1.14. Formas de tratamento	14
1.15. Tratamento medicamentoso.....	14
1.16. Tratamento cirúrgico.....	15
1.17. Fluxograma do tratamento da gravidez ectópica.....	16
1.18. Pelve	18
1.19. Doença inflamatória pélvica	19

1.20. Causas da doença inflamatória pélvica	19
1.21. Factores de risco	20
1.22. Sintomas da doença inflamatória pélvica	20
1.23. Diagnóstico da doença inflamatória pélvica	IX
1.24. Complicações da doença inflamatória pélvica.....	—
1.25. Prevenção da doença inflamatória pélvica	22
1.26. Tratamento da doença inflamatória pélvica.....	22
1.26. Sintomas da endometriose.....	24
1.27. Diagnóstico de endometriose	24
1.28. Tratamento da endometriose	24
1.29. Recomendações para lidar com a endometriose	25
1.30. Trompas de Falópio: problemas e anomalias na pelve	26
1.31. Exame das trompas.....	27
1.32. Gravidez nas trompas	28
1.32.1. Causas e factores de risco	28
1.32.2. Sintomas	29
1.32.3. Laqueadura nas trompas.....	30
1.32.4. Tipos de Laquedura.....	30
1.33. A clamídia.....	32
1.35. Eficácia do DIU.....	34
1.37. A gestação após a laqueadura.....	35
1.37.1. A reversão da laqueadura pode ser uma opção.....	36
1.37.2. As principais complicações da reversão da laqueadura tubária.....	37
1.37.3. Realização do procedimento	37
1.38. Anomalias congénitas do aparelho reprodutor feminino.....	38
1.38.1. Anormalidades uterinas adquiridas	38
CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA	39

2.1. Tipo de Pesquisa.....	39
2.2. Modelo de Abordagem	39
2.3. Nível de estruturação de métodos.....	40
2.4. Técnicas de recolha de dados.....	41
2.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados.....	43
2.6. População e Amostra	43
CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	44
CONCLUSÕES	50
SUGESTÕES.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
APÊNDICE	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Patologia frequente nos serviços de ginecologia é causa de doença nas mulheres em idade reprodutiva, a gravidez ectópica vem apresentando crescente incidência e níveis consideráveis de morbimortalidade no primeiro trimestre gestacional. Felizmente, pelo diagnóstico precoce e manejo clínico correcto, tem apresentado aumento na incidência de desfechos favoráveis.

A gravidez ectópica é definida como a gestação que ocorre fora da cavidade uterina. Em 97% dos casos está localizada na tuba uterina e, dessas, aproximadamente 55% ocorrem na região da ampola, 25% no istmo, 17% na fímbria e 3% na cavidade abdominal, ovário e cervice (Fernandes et al, 2017). Existe ainda o conceito de gestação de local desconhecido (GLD), quando o local de nidação não é identificado de imediato pelos métodos de imagem.

A paciente portadora de gravidez ectópica pode apresentar desde sinais e sintomas leves; sangramento uterino anormal, dor em abdome inferior (desde uma dor insidiosa a uma dor aguda), alterações gastrointestinais, até choque hipovolémico com instabilidade hemodinâmica e necessidade tratamento cirúrgico de emergência (Mol, 2018).

O diagnóstico é definido por achados ultrassonográficos via transvaginal e dosagens seriadas do hormónio β -hCG. Se associada a dosagens de β -hCG sugestivas de gestação e os achados ultrassonográficos estão negativos temos o diagnóstico de gestação de local desconhecido (GLD), que se tornará evidente com a evolução do quadro, podendo ser uma gravidez intra-útero, uma gravidez ectópica ou uma gestação de local desconhecido persistente (Barnhart, 2019).

A conduta é guiada pela estabilidade hemodinâmica da paciente e seus níveis de β -hCG, critérios de elegibilidade para escolha da opção terapêutica. As opções terapêuticas são tratamento cirúrgico (via laparoscópica ou cirurgia aberta), tratamento medicamentoso com metotrexato ou tratamento expectante. A gravidez ectópica tem grande relevância social e académica, por ser grande causa de morbimortalidade materna no primeiro trimestre gestacional.

Além disso, a postergação do diagnóstico pode trazer consequências devastadoras a vida de pacientes em idade fértil e produtiva, factores que justificam a escolha do tema. (Brito, 2019).

A gravidez ectópica corresponde a nidação ou implantação do ovo fora da cavidade uterina. O tipo mais frequente deste tipo de gravidez é a trompas de falópio, os factores de risco são: História de placenta prévia; Cirurgia tubária prévia; Infecções tubárias anteriores; Contracepção com progesterona. Pode ocorrer também com gestantes sem nenhum factor de risco.

Conforme Ferreira, (2016, p.48) A gravidez ectópica é caracterizada pela fertilização do ovo fora da cavidade uterina, mais comumente nas Trompas de Falópio. A gravidez ectópica é uma complicação da gravidez, na qual o embrião se instala fora do útero, podendo se implantar nas trompas, heterotópica, na cavidade abdominal, na cicatriz da cesariana anterior, cervical ou ovariana. Contudo, tal situação certamente poderá trazer complicações físicas e psíquicas à gestante.

Os principais sinais e sintomas são dor e sangramento vaginal, pois estão presentes em todos casos. O sangramento pode ser em pequena quantidade ou irregular, ocorrendo às vezes, após dum pequeno atraso menstrual. No exame físico pode ser evidenciada na presença de sangue no canal vaginal.

O útero é menor que o esperado para a idade gestacional. O amolecimento do colo uterino e do pélvico, às vezes mais localizado em uma região anexial onde se pode palpar uma massa dolorosa, nos casos onde ocorreu rotura uterina pode haver presença de sinais e sintomas de hemoperitônio e choque, com dor intensa e associada ao abdômen distendido e silencioso, dores nos ombros e abaulamento de fundo de saco vaginal.

Nestes casos o tratamento pode ser clínico ou cirúrgico. O tratamento cirúrgico pode ser dividido em conservador e radical.

Nos dias actuais no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire tem se verificado um número elevado de Monitoração da gravidez ectópica das pacientes assistidas no hospital Municipal do kuimba, no II trimestre de 2023, desta feita o problema em causa, formulou-se a seguinte pergunta de partida:

Qual é a Monitorização (avaliação) da gravidez ectópica das pacientes assistidas no hospital Municipal do Kuimba, no II Trimestre de 2023?

Hipóteses

Segundo Lakatos e Marconi (2003, p.88), afirmam que “hipótese é uma suposição que fazemos na tentativa de explicar o que desconhecemos e o que pretendemos demonstrar, testando as variáveis, poderão legitimar ou não o que queremos explicar ou descobrir.”

H1: Há mais técnicos de enfermagem com baixo nível de conhecimento sobre a monitorização (avaliação) da gravidez ectópica das pacientes assistidas no hospital Municipal do Kuimba, no II trimestre de 2023.

H2: A maior parte dos profissionais de Saúde do hospital Municipal do Kuimba não têm conhecimento sobre a monitorização (avaliação) da gravidez ectópica.

Objectivos

Segundo Marconi e Lakatos (2007), os objectivos definem a natureza do trabalho, o tipo de problema, o material a colectar, etc.

Geral

- Compreender monitorização da gravidez ectópica das pacientes assistidas no hospital Municipal do Kuimba, no II trimestre de 2023.

Específico

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais de Saúde do hospital Municipal do Kuimba, no II trimestre de 2023.
- Identificar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a monitorização da gravidez ectópica.
- Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os procedimentos técnicos assistenciais aos pacientes com gravidez ectópica.

Delimitação e limitação

“Delimitar a pesquisa é estabelecer limites para a investigação. A mesma pode ser delimitada em relação ao assunto, espaço à extensão” entre outros factores (Marconi & Lakatos, 2008).

a) Delimitação

Em função da natureza da nossa pesquisa e dos objectivos traçados, o estudo delimita-se sobre a monitorização de gravidez ectópica nas pacientes assistidas no hospital Municipal do Kuimba.

b) Limitação

O estudo limitou-se por (29) profissionais de saúde.

Justificativa

O presente estudo tem como objectivo fazer uma aproximação da realidade vivenciada pelas mulheres que têm gravidez ectópica. Escolhemos este tema devido dos casos de gravidez ectópica que aparecem no hospital Municipal do Kuimba, despertando nosso interesse em estudar e pesquisar assuntos pertinentes as suas vidas na tarefa de ser mulher, o trabalho vai educar a população sobre o temático em estudo o que acontece quando estamos diante dessa patologia.

O mesmo vai servir como matéria de pesquisa nas academias e na gerações vindoura para poder ajudar a nossa sociedade se precaver sobre os sintomas da gravidez ectópica, na técnica é muito benéfico para que os técnicos tenham conhecimento sobre o diagnóstico e saber cuidar das pacientes com complicação da gravidez ectópica.

Pesquisamos qual é o conhecimento que estes técnicos têm sobre monitorizaçãode gravidez ectópica. Justifica-se nosso interesse nessa realidade, pois munidas dessas reflexões, elas poderão ter maiores condições de decidirem sobre suas vidas, mesmo dentro do contexto e influência da sociedade a qual pertencem e do meio em que vivem.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Definições de Termos e Conceitos

• Monitorização

De acordo com Alves, (2017, p.23), "monitorização é uma importante ferramenta para a administração dos recursos naturais."

Segundo Hanesian, (2015, p.15), "Em nível conceitual, o monitoramento de um projecto consiste na colecta de dados antes e durante sua utilização, com o objectivo de subsidiar o gerenciamento e a tomada de decisões."

Para Gigase, (2017, p.11), "realça que Monitorização é uma expressão que corresponde à palavra monitoring, originária da Língua Inglesa. O significado que lhe foi dado em português é de acompanhamento e avaliação".

No nosso ponto de vista monitorização é controlar, e às vezes ajustar programas e também observar atentamente ou controlar com propósito.

• Gravidez ectópica

"A gravidez Ectópica é a nidação ou implantação do ovo fora da cavidade uterina. O tipo mais frequente deste gravidez é tronpa de falópio" (Junior, 2014).

De acordo com Araújo, (2017, p.33). "A gravidez ectópica é uma complicação da gravidez, na qual o embrião se instala fora do útero, podendo se implantar nas trompas, heterotópica, na cavidade abdominal, na cicatriz".

Segundo (Ferreira, 2016) "A gravidez ectópica é uma emergência médica, que pode trazer como consequências a ruptura tubária, localização mais frequente , causando hemorragia interna com risco de morte".

Na nossa expectativa, uma gravidez é a quele que se planta nas cavidades uterinas e evoluido durante as 42 semanas da gestação.

• Pacientes:

"Um paciente é uma pessoa que está sendo cuidada por médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, cirurgião-dentista ou outro profissional da área da saúde; referido" (Avello, 2014).

“Adjectivo que têm paciência; capaz de aguentar algo com resignação, que não se importa em esperar, que não se irrita por ter por esperar. (Caravantes, 2015).

Para (Carmello, 2019),” Uma pessoa paciente, ou seja, que apresenta a paciência, a serenidade e a tranquilidade como virtudes, é caracterizada por ser calma, saber esperar e perseverar em suas atitudes.”

De acordo as nossas expectativas pacientes é uma pessoa que requerem serenidade e a que precisa de ser cuidado por um enfermeiro ou qualquer técnico de saúde.

1.2. Gravidez ectópica, parte inferior do formulário

A gravidez ectópica pode acontecer quando a inflamação resulta em hidrossalpinge (acúmulo de líquido nas tubas), que é uma das consequências da salpingite não tratada. A sociedade mudou muito, se compararmos com o cenário do século passado, em que o casamento e a construção de uma família eram o caminho seguido pela maioria das pessoas. Hoje, muitos priorizam os planos voltados para o âmbito profissional e acadêmico, ou apenas optam pela solitude; (Fernandez & Arlete, 2019).

Entretanto, ainda é grande o número de casais que sonham ter filhos, mas uma parcela desses casais lida com factores de infertilidade masculina e/ou feminina, problemas que podem ter várias causas e consequências, incluindo a gravidez ectópica. Felizmente, mesmo os casais que são diagnosticados como inférteis têm possibilidades de engravidar com os avanços na área da medicina reprodutiva (Fernandez & Arlete, 2019).

É chamada de gravidez ectópica a condição em que o embrião se implanta fora do útero, isso ocorre principalmente nas tubas uterinas. Cerca de 90% a 95% dos casos são de gestação tubária, enquanto os demais podem acontecer na cavidade peritoneal, no canal cervical, nos ovários e na cicatriz da cesariana (Fernandez & Arlete, 2019).

O processo que leva à gravidez é complexo. Em resumo, começa com a gametogênese desenvolvimento, maturação e liberação dos gametas (óvulos e espermatozóides), passa pela fertilização na tuba uterina e pelos primeiros dias de

desenvolvimento embrionário. Por volta de 6 dias após a fecundação, o embrião deve se implantar no útero; (Fernandez & Arlete, 2019).

O útero é o órgão adequado para o desenvolvimento da gestação, uma vez que tem meios para nutrir o feto, além da anatomia que permite acomodar o bebê enquanto ele cresce, devido à sua capacidade de se expandir. Outra importante função do útero na gravidez é a contractilidade miometrial, que provoca as contracções necessárias para o trabalho de parto; (Arlete et al, 2019).

A gravidez ectópica, sobretudo a tubária, acontece quando o embrião não consegue chegar até o útero, geralmente porque existe algum ponto de obstrução na tuba. Dessa forma, a implantação embrionária ocorre na própria tuba uterina. Contudo, o ambiente é inapropriado para o desenvolvimento fetal (Arlete et al, 2019).

1.3. Etiologia da gravidez ectópica

De acordo (Ferreira, 2016) os factores implicados na etiopatogenia da gravidez ectópica são diversos. Dentre as doenças ginecológicas mais associadas a esse tipo de gestação estão a endometriose e a salpingite. Contudo, vários outros factores de risco são mencionados, todos os factores que impedem a passagem do óvulo para a cavidade uterina como, incluindo:

- Doença inflamatória pélvica;
- Tabagismo e/ou alcoolismo;
- Tratamento para infertilidade;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Exposição prévia a dietil-estil-bestrol (DEB);
- Cirurgia tubária ou intra-uterino;
- Laqueadura.
- Gravidez ectópica anterior;
- Anomalias uterinas e tubárias;
- Antecedente de cirurgia pélvica;
- Uso de dispositivo intrauterino (DIU);
- Múltiplos parceiros sexuais e relação sem preservativo (maior risco para infecção pélvica).

1.4. Sinais e sintomas

A gravidez ectópica normalmente é assintomática, no entanto os sintomas podem aparecer quando há complicações, como em caso de aborto ou ruptura. O quadro é caracterizado por dor sincopal e lancinante, em caráter de cólica. Pode gerar hemoperitônio, o que acentua e generaliza a dor em todo abdome, com ocorrência de náuseas e vômitos. Em alguns casos há dor escapular. Costuma se apresentar na tríade: dor abdominal, atraso menstrual e sangramento genital (Ferreira, 2016).

Para evitar que o paciente evolua para um quadro grave de abdómen agudo hemorrágico, é preciso se atentar ao diagnóstico precoce. Vamos dar um pouco mais de atenção às principais causas de gravidez ectópica, de acordo com os casos acompanhados em medicina reprodutiva:

1.5. Endometriose

Endometriose é uma doença inflamatória que, em estágios avançados, leva à formação de aderências (cicatrizes) em órgãos pélvicos. As tubas uterinas, quando gravemente acometidas, sofrem distorção anatômica e obstrução, dificultando tanto a captação do óvulo quanto a fertilização e o transporte do embrião. Dessa forma, há um risco de gravidez ectópica, (Ferreira, 2016).

1.5.1. Salpingite

Salpingite é um quadro de inflamação nas tubas uterinas, causado normalmente por processo infeccioso. Faz parte da doença inflamatória pélvica (DIP), que pode ainda apresentar outras inflamações, como:

- ✓ Cervicite (no colo do útero),
- ✓ Endometrite (na parte interna do útero),
- ✓ Oooforite (nos ovários).

1.5.2. A DIP

A DIP é causada principalmente por infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), sobretudo clámidia e gonorreia. A gravidez ectópica pode acontecer quando

a inflamação resulta em hidrossalpinge (acúmulo de líquido nas tubas), que é uma das consequências da salpingite não tratada (Arlete et al, 2019).

1.5.3. Cirurgias pélvicas

Procedimentos cirúrgicos nas tubas ou no útero também levar à formação de tecido cicatricial que prejudica a permeabilidade tubária e aumenta o risco de gravidez ectópica. Exemplos dessas cirurgias são:

- Tratamento de endometriose ou de hidrossalpinge,
- Laqueadura,
- Reversão de laqueadura
- Cirurgias uterinas realizadas próximas ao óstio tubário (orifício que faz a comunicação da tuba com a cavidade do útero).

1.6. Os riscos associados à gestação tubária

Quando a gravidez ectópica não é identificada nas primeiras semanas, pode ter importantes repercussões. A ruptura de uma gestação dessa natureza pode causar:

- Hemorragia, necessitando de atendimento médico de emergência.
- Dor abdominal súbita e sangramento vaginal nos primeiros meses gestacionais são indícios de ruptura de gravidez ectópica.
- A falta de intervenção pode até levar a óbito materno, embora os índices de mortalidade por essa causa, actualmente, sejam bastante reduzidos.
- Outro risco é a retirada da tuba. Isso é feito quando o órgão fica muito danificado. A cirurgia é chamada de salpingectomia. O procedimento, apesar de necessário para a saúde da mulher, tem consequências na fertilidade espontânea, visto que as tubas uterinas participam da captação do óvulo e da fertilização.

1.7. Intervir diante de uma gravidez ectópica

A confirmação de gravidez ectópica logo no início, por meio de ultrassonografia e dosagens hormonais, permite intervir com medicações que interrompem seu desenvolvimento. Assim, os conceptos são naturalmente expelidos ou absorvidos, sem risco de ruptura e hemorragia (Ferreira, 2016).

Em estágios mais avançados, a videolaparoscopia é realizada para remover os conceitos cirurgicamente. Se a tuba uterina estiver muito danificada, também é feita a salpingectomia. Mulheres que passam por essa cirurgia têm sua fertilidade reduzida, pois contam com a permeabilidade de somente uma das tubas, (Ferreira, 2016).

Em situação de obstrução ou ausência tubária, pacientes que passaram por gravidez ectópica podem precisar do tratamento com fertilização *in vitro* (FIV) para engravidar. Entretanto, cada caso é avaliado em seus detalhes, considerando ainda outros possíveis factores de infertilidade, para que a técnica seja adequadamente indicada (Ferreira, 2016).

1.8. Evitar uma gravidez ectópica

É impossível impedir uma gravidez ectópica de acontecer, mas pode diminuir alguns factores de risco. Por exemplo, limitar o número de parceiros sexuais e usar um preservativo quando tiver relações sexuais para ajudar a prevenir IST e reduzir o risco de doença inflamatória pélvica (Arlete et al, 2019).

1.9. Malformações Uterinas

O útero é um importante órgão do sistema reprodutor feminino, suas funções estão relacionadas à menstruação e à gravidez. Para que o embrião consiga se implantar e a gestação evolua, o útero deve estar livre de doenças e com a estrutura correctamente desenvolvida. Sendo assim, condições como miomas, pólipos endometriais e malformações uterinas podem provocar infertilidade, abortamento de repetição e outras complicações (Trevisan et al, 2022).

Medindo entre 6 e 10 cm apenas, o útero é capaz de aumentar em muitas vezes seu tamanho, chegando à 35 cm de altura até o final da gestação para abrigar o bebé enquanto ele cresce. Trata-se de um órgão oco e em formato de pêra invertida, com estrutura e vascularização ideais para o desenvolvimento fetal mas pode ter sua função prejudicada por anomalias congénitas e patologias adquiridas (Sawada et al, 2022).

As malformações uterinas são anormalidades na anatomia do útero decorrentes de falhas no desenvolvimento dos genitais femininos, ainda na fase embrionária. Também chamadas de malformações Müllerianas, essas anomalias se caracterizam por defeitos como útero septado, unicorno, bicornio e didelfo. Em casos raros, identificamos agenesia total (ausência de estrutura uterina), (Trevisan et al, 2022).

Muitas mulheres com malformações no útero são assintomáticas, o que torna difícil o diagnóstico precoce. Alguns defeitos são percebidos durante o exame ginecológico de rotina, enquanto outros são encontrados somente após complicações como abortamento de repetição, restrição de crescimento fetal, parto prematuro e distocias no parto (Sawada et al, 2022).

Como muitos casos são assintomáticos, é difícil definir a incidência das malformações uterinas. A literatura indica que esse tipo de problema é encontrado em cerca de 3 à 5% das mulheres com infertilidade. Já entre pacientes com quadros de abortamentos recorrentes tardios e parto prematuro, esse número pode passar dos 15% (Trevisan et al, 2022).

As malformações uterinas ocorrem devido a falhas de desenvolvimento no período intrauterino. Nas primeiras semanas, não há diferenciação sexual entre os embriões. Por volta da quinta semana de formação embrionária, as gônadas (ovários ou testículos) começam a se desenvolver (Trevisan et al, 2022).

O desenvolvimento dos genitais femininos é determinado pela ausência do cromossomo Y. Em torno da nona semana de vida intrauterina, os ovários são formados e os ductos de Müller se fundem para formar o útero, as tubas uterinas e a parte superior da vagina. Assim, as malformações uterinas resultam de falhas na fusão dos ductos de Müller ou na reabsorção desses canais (Galvão et al, 2022).

1.10. Tipos de malformações uterinas

Segundo (Trevisan et al, 2022), as malformações uterinas não são tão frequentes quanto os casos de infertilidade por endometriose ou disfunções ovulatórias, mas como oferecem risco à evolução da gravidez, devem ser abordadas

no campo da medicina reprodutiva para que as mulheres conheçam essa condição. As malformações uterinas incluem:

- **Útero septado**

O útero septado é caracterizado por uma parede (septo) que pode se formar no meio da cavidade uterina, indo desde a parte superior até o colo do útero. Dentre as malformações uterinas, essa é a mais comum, mas normalmente a correção cirúrgica é bem-sucedida (Trevisan et al, 2022).

- **Útero unicorno**

Essa malformação é resultante de atrofia em um dos ductos de Müller, o que deixa a cavidade uterina com menor volume. Nesse tipo de útero, o endométrio tecido que reveste a parte interna do órgão é funcional e responde ao estímulo dos hormônios reprodutivos (estrogênio e progesterona). A cavidade do útero unicorno se comunica com apenas uma das tubas, enquanto a outra parte permanece como uma estrutura deformada e sem actividade ou existe agenesia completa do ducto contra lateral (Trevisan et al, 2022).

- **Útero bicorno**

Nesse caso, forma-se uma fenda que separa o útero em duas cavidades, podendo ser uma divisão parcial ou total. Quando a fusão dos ductos de Müller falha na região cervical, temos um recuo profundo na parte superior do órgão. Na divisão incompleta, a fissura é mais rasa e não se estende até o colo do útero (Trevisan et al, 2022).

- **Útero didelfo**

Esse é um tipo raro de malformação uterina, sendo marcado pela presença de dois hemiúteros, bem como colo do útero duplo e, em alguns casos, duplicação da vagina. Provavelmente só o útero septado e o unicorno, devido à falta de espaço adequado para o crescimento do bebê, podem provocar aborto espontâneo ou parto prematuro. Como já mencionado, os quadros geralmente são assintomáticos, mas podem ser identificados durante a investigação de abortos recorrentes e infertilidade (Trevisan et al, 2022).

Como vimos, as malformações uterinas causam infertilidade devido a deformidade da cavidade uterina, o que restringe o desenvolvimento do bebê e pode provocar intercorrências obstétricas. Contudo, algumas mulheres com esse tipo de problema conseguem engravidar naturalmente e passar pela gestação sem graves complicações, isso depende do quanto o órgão foi comprometido (Sawada et al, 2022).

Mulheres com infertilidade por factor uterino podem buscar ajuda na reprodução assistida e tentar o tratamento com fertilização *in vitro* (FIV). Ainda assim, pode ser necessário realizar uma correcção cirúrgica antes da tentativa de gravidez. Pacientes com útero septado têm bom prognóstico reprodutivo com cirurgia e FIV (Galvão et al, 2022).

Quanto às malformações uterinas mais grave, incluindo a ausência dos órgãos reprodutores internos, anomalia rara chamada de síndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser, fica indicada a técnica de útero de substituição (Trevisan et al, 2022).

1.11. Exame físico

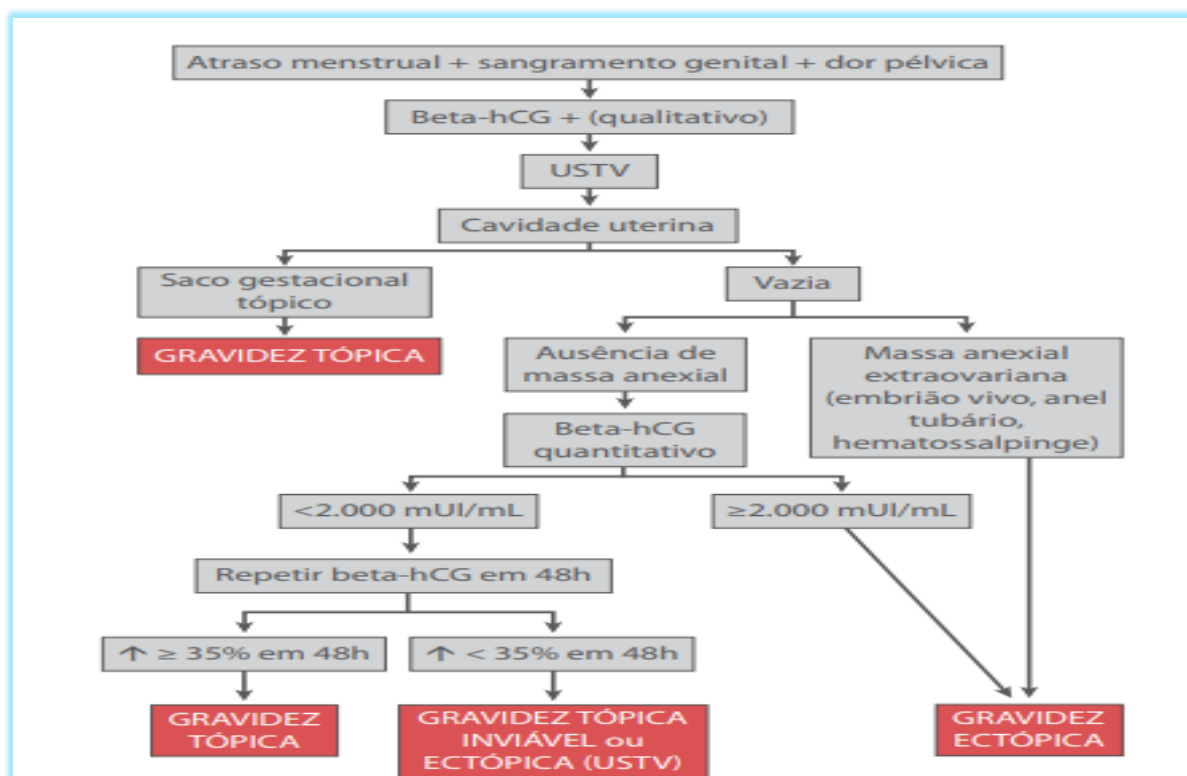
O resultado do exame físico em casos de ruptura é de palidez cutâneo-mucosa, taquicardia, hipotensão arterial, reacção peritoneal, descompressão abdominal brusca dolorosa e diminuição dos ruídos hidroaéreos intestinais. No exame dos genitais externos, há intensa dor, principalmente a compressão do fundo de saco de Douglas, gerando o chamado (grito de Douglas ou sinal de Proust). Para mais o útero se mostra ligeiramente aumentado e amolecido. É preciso salientar que metade dos casos tem tumoração palpável na palpação dos anexos (Trevisan et al, 2022).

1.12. O diagnóstico

O diagnóstico da gravidez ectópica é feito por meio da dosagem do beta-hCG e pelo ultrassom transvaginal. A dosagem de beta-hCG deve ser superior a 2000 mUI/ml e a USG transvaginal visualiza saco gestacional fora do corpo do útero, acompanhado do atraso menstrual. Na USG é visto em cerca de 60% dos casos uma massa anexial que se move separadamente do ovário, não homogénea ou não cística, às vezes (Galvão et al, 2022).

Pode acontecer alguns casos em que o beta-hCG vem positivo, porém, não é visualizado saco gestacional na cavidade uterina nem massa anexial, o que caracteriza uma gravidez de localização desconhecida. Em casos de emergência, pode-se também realizar punção abdominal para verificar presença de sangue (Sawada et al, 2022).

1.13. Fluxograma do diagnóstico de gravidez ectópica



Fonte: Febrasgo

1.14. Formas de tratamento

A depender do caso, da presença ou não de ruptura e das condições hemodinâmicas da paciente, o tratamento pode ser medicamentoso ou cirúrgico. Solicitar sempre um hemograma para escolher a melhor opção terapêutica e tipagem sanguínea para caso haja necessidade de transfusão sanguínea (Galvão et al, 2022).

1.15. Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso é feito por meio do metotrexato (MTX) e da conduta expectante. Os principais preditores de sucesso desse tratamento são

valores iniciais baixos de beta-Hcg e declínio do mesmo em 48h (Galvão et al, 2022).

O metotrexato age nas células trofoblásticas de divisão rápida, impedindo sua multiplicação. Sendo ele recomendado na dose de 50 mg/m² por via intramuscular. Essa modalidade de tratamento é indicada em casos de estabilidade hemodinâmica, massa anexial de diâmetro menor que 3,5 cm, beta-hCG inicial menor que 5000 mUI/ml, ausência de dor abdominal e desejo de gravidez futura (Trevisan et al, 2022).

As contra-indicações são gravidez intra-uterina, imunodeficiência, anemia, leucopenia ou trombocitopenia, sensibilidade prévia ao MTX e doença pulmonar. E ainda, disfunção hepática e renal, amamentação, declínio dos títulos da beta-hCG no intervalo de 24/48h antes do tratamento, recusa em receber transfusão sanguínea e impossibilidade de dar continuidade ao acompanhamento (Sawada et al, 2022).

Após a administração da droga, é feito um acompanhamento com dosagem de beta-Hcg nos 4º e 7º dias. Se ocorrer redução do valor maior que 15%, indica bom prognóstico. Uma redução menor que 15%, indica nova dose do MTX. O aumento no valor indica necessidade de cirurgia, (Galvão et al, 2022).

O protocolo de múltiplas doses de MTX consiste na aplicação IM de MTX na dose de 1 mg/kg (nos dias 1, 3, 5 e 7), alternando com leucovorin (ácido folínico) na dose de 0,1 mg/kg (nos dias 2, 4, 6 e 8). Não se deve dar mais que quatro doses de MTX. Caso os títulos da beta-hCG não apresentem declínio após 4 doses do MTX, deve ser indicada a cirurgia (Sawada et al, 2022).

1.16. Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico é a conduta padrão para tratamento de gravidez ectópica. Pode ser realizado:

- Salpingectomia laparoscópica,
- Salpingectomia por laparotomia ou salpingectomia.

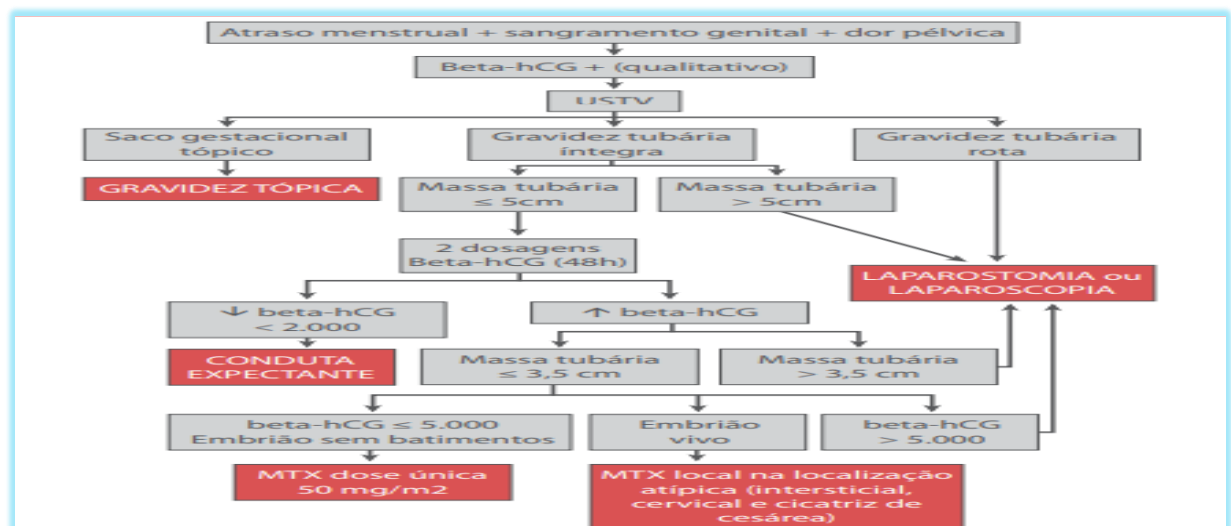
A salpingectomia laparoscópica é a operação clássica, pela qual é feita a retirada das tubas uterinas por meio laparoscópico. Ela é a escolha preferencial, por

oferecer uma melhor recuperação e menor tempo de internamento (Fernandez & Arlete 2019).

A salpingectomia por laparotomia é a retirada das tubas uterinas por meio da laparotomia. Ela é realizada em casos de ruptura tubária com instabilidade hemodinâmica. Essas cirurgias são indicadas para pacientes com prole constituída, em casos de lesão tubária irreparável, em casos de sangramento persistente, quando há recidiva de gravidez ectópica na mesma tuba e quando os títulos do beta-hCG são elevados (Arlete et al, 2019).

A salpingostomia, porém, é uma cirurgia mais conservadora, indicada para pacientes com desejo de preservar a fertilidade. Sendo ela caracterizada por drenagem das tubas uterinas. Ao realizar esse procedimento cirúrgico ocorre o risco, porém, de persistência de tecido trofoblástico, e, por isso, deve ser feito acompanhamento com dosagem de beta-hCG (Arlete et al, 2019).

1.17. Fluxograma do tratamento da gravidez ectópica



Fonte: Febrasgo

A gravidez ectópica (GE) representa uma complicação infrequente na gestação, na qual a implantação do embrião ocorre fora da cavidade uterina. Apesar da alta taxa de mortalidade quando complicada, a GE possui uma prevalência relativamente baixa, de 2% (Fernandez & Arlete, 2019).

Alguns factores de risco estão bem esclarecidos na literatura, como a GE prévia, doença inflamatória pélvica (DIP), idade avançada e tabagismo; contudo, os mecanismos fisiopatológicos da doença ainda não estão totalmente elucidados. Nesse sentido, acredita-se que existam genes e microRNAs, actuantes em meio intra e extra celular, que modulam desde a concepção até o desenvolvimento do embrião e são associados à fisiopatologia da GE (Arlete et al, 2019).

Dentre eles estão as interleucinas 6 e 8, o factor de crescimento endotelial vascular A, além dos receptores de estrogênio 1 e do factor de crescimento epidérmico. Outrossim, as manifestações clínicas da doença são inespecíficas e a hipótese diagnóstica sempre deve ser considerada em mulheres na menarca que apresentam dor abdominal, sangramento vaginal e menstruação atrasada (Arlete et al, 2019).

O diagnóstico é suspeitado a partir da anamnese e do exame físico detalhados, sendo confirmado através da dosagem do hormônio gonadotrofina coriônica e com presença de saco gestacional fora da cavidade uterina. Contudo, estes exames não possuem elevada especificidade e sensibilidade; dessa maneira, o avanço na pesquisa de outros biomarcadores possibilitaria melhor elucidação da GE e permitiria o desenvolvimento de métodos diagnósticos cada vez mais precisos e precoces (Fernandez & Arlete, 2019).

As doenças e condições que colaboram na ocorrência da gravidez ectópica são:

- Inflamação pélvica;
- Endometriose;
- Malformação das Trompas de Falópio;
- Sequelas de Clamídia;
- Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) não tratadas de forma adequada;
- Uso de DIU;
- Mulheres submetidas a laqueadura;

A doença inflamatória pélvica é uma infecção que acomete os órgãos reprodutores femininos superiores e pode afectar os demais componentes da pelve e do baixo-ventre (Trevisan et al, 2022).

O sistema reprodutor humano, também conhecido por aparelho genital humano, é constituído por diferentes órgãos e estruturas que se localizam interna ou externamente no corpo da mulher e do homem. Sua função é viabilizar a continuidade da espécie por meio da reprodução sexuada dos indivíduos, aquela que resulta da combinação dos genes procedentes das células reprodutoras masculinas e femininas (Arlete et al, 2019).

O sistema reprodutor feminino é composto pela vagina, útero, tubas uterinas (antes conhecidas por trompas de Falópio) e ovários. Nas mulheres, recebe o nome específico de vulva, o único órgão visível situado fora do corpo e que faz parte do aparelho reprodutor (Fernandez & Arlete, 2019).

Entre as principais funções desse sistema, destacam-se a produção dos óvulos (os gametas femininos) e dos hormônios sexuais (estrogênio e progesterona), assim como a condução dos espermatozoides até a tuba uterina e o alojamento do embrião no útero se tiver ocorrido a fecundação (Fernandez & Arlete, 2019).

O sistema reprodutor masculino é constituído por órgãos que, em conjunto, respondem pela produção dos espermatozoides, os gametas masculinos. A maior parte está situada no interior do organismo. É o que acontece com os testículos, epidídimos, as vesículas seminais, os ductos deferentes e a próstata. Uretra e pênis, que pertencem tanto ao sistema urinário quanto ao reprodutor, e a bolsa escrotal constituem outros componentes da genitália masculina externa (Fernandez & Arlete, 2019).

1.18. Pelve

Os sistemas reprodutores masculino e feminino representam parte dos elementos que compõem a pelve, estrutura formada pelos ossos íliaco, ísquio, púbis, sacro e cóccix, que se localiza na porção final da coluna lombar. Em outras palavras a pelve corresponde à região do corpo humano que as pessoas definem como “cintura” ou “quadril”. Conhecida popularmente por “bacia”, pode-se dizer que

ela representa uma área de transição entre o tronco e os membros inferiores e desempenha papel de extrema importância para o equilíbrio e a locomoção (Arlete et al, 2019).

Entre suas funções, cabe ainda destacar a protecção às estruturas que conferem sustentação do tronco e suporte às articulações dos quadris. Ela serve também de abrigo para as partes moles que ocupam seu interior, como a bexiga, útero, ovários, próstata, ureteres e intestinos, por exemplo. Nas mulheres, a pelve parece ter sido projectada sob medida para acomodar o bebé durante a gestação e o parto (Arlete et al, 2019).

1.19. Doença inflamatória pélvica

A doença inflamatória pélvica, DIP, é uma infecção que acomete os órgãos reprodutores femininos superiores colo do útero, útero, tubas uterinas e ovários e pode afectar os demais componentes da pelve e do baixo-ventre. Em grande parte dos casos, a doença se manifesta em decorrência de uma infecção sexualmente transmissível com frequência a gonorreia e a clamídia adquirida por meio de relações sexuais desprotegidas (Sawada et al, 2022).

Na hipótese de não ser precocemente tratada, o distúrbio pode atingir vários órgãos internos e representar uma causa expressiva de infertilidade nas mulheres.

São pouco comuns os casos de DIP antes da primeira menstruação (menarca), durante a gravidez e após a menopausa (Trevisan et al, 2022).

1.20. Causas da doença inflamatória pélvica

As bactérias *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* transmitidas por via sexual, assim como a *Mycoplasma genitalium*, constituem a principal causa da doença inflamatória pélvica, em mulheres jovens, entre 15 e 35 anos, com vida sexual activa, múltiplos parceiros e expostas à prática de relações sexuais desprotegidas (Galvão et al, 2022).

Não há dados precisos sobre o número de pessoas infectadas. Alguns estudos mostram, porém, que a doença está ligada a aproximadamente 90% dos casos de

infecção sexualmente transmissível. No entanto, essa não é a única possibilidade de contágio. Parto normal, abortos, procedimentos ginecológicos cirúrgicos, colocação recente de dispositivos intra-uterinos (DIU) e duchas vaginais, estas últimas em menor escala, respondem pelos outros casos da enfermidade (Sawada et al, 2022).

1.21. Factores de risco

De acordo (Galvão et al, 2022), os factores de risco para a doença inflamatória pélvica são praticamente os mesmos ligados a complicações das infecções sexualmente transmissíveis, tais como:

- Mulheres em idade fértil, que mantêm relações desprotegidas com múltiplos parceiros ou com parceiro sabidamente infectado;
- Portadoras de vaginose bacteriana;
- Uso de duchas vaginais como método para realizar a higiene íntima;
- Histórico de DIP ou de IST;
- Inserção recente de DIU (dispositivo intra-uterino) que deve ser retirado tão logo seja diagnosticada o distúrbio.

Segundo (Sawada et al, 2022), entende-se por vaginose bacteriana uma proliferação anormal de bactérias que habitam naturalmente a vagina, em especial a *Gardnerella vaginalis*, mas que podem afectar outros órgãos localizados na pelve .

1.22. Sintomas da doença inflamatória pélvica

Dependendo da bactéria envolvida na manifestação da enfermidade, o quadro pode variar bastante, a saber:

Doença aguda e sintomática - em geral provocada pelas bactérias que induzem a gonorreia e a clamídia, é uma forma de doença inflamatória que se caracteriza por (Trevisan et al, 2022).

1) Dor abdominal ou pélvica, de início súbito e intensidade variável, que piora durante as relações sexuais ou entre os ciclos menstruais;

2) Presença de corrimento vaginal com odor forte, desagradável, e de sangramento uterino irregular, às vezes acompanhado de náuseas e vômitos;

Doença subclínica ou crônica - quando aparecem, os sintomas podem ser leves, quase imperceptíveis. Ou seja, não há alteração da temperatura e tanto a dor quanto o corrimento vaginal são pouco expressivos. Esse abrandamento dos sintomas, que pode durar meses ou anos, acaba retardando o diagnóstico e, conseqüentemente, o início do tratamento. Resultado: com a falta de tratamento, a inflamação tende a agravar-se, a infecção progride e podem surgir complicações graves (Sawada et al, 2022).

1.23. Diagnóstico da doença inflamatória pélvica

Não existem exames específicos que norteiem o diagnóstico da doença inflamatória pélvica. Muitas vezes, só é possível avaliar o quadro e estabelecer um prognóstico seguro, quando a queixa da dificuldade para engravidar está associada a lesões nas tubas uterinas, nos ovários ou no útero, que comprometem o sistema reprodutivo e não foram detectadas nos exames de rotina.

Nesse sentido, para estabelecer o diagnóstico, o médico se vale do levantamento do histórico familiar e pessoal de infecções sexuais transmissíveis, os sinais e sintomas apresentados, a avaliação criteriosa da região pélvica e dos órgãos reprodutivos, e o uso de contraceptivos. Leva em conta também os resultados obtidos nos testes laboratoriais de sangue/urina e em amostras do corrimento vaginal irregular.

Exames de imagem, como a ultrassonografia pélvica, a laparoscopia e a biopsia endometrial podem apressar o reconhecimento do processo inflamatório, a formação de tecido cicatricial nas trompas e a formação de abscessos nos órgãos do sistema reprodutor.

1.24. Complicações da doença inflamatória pélvica

Retardar o início do tratamento da doença inflamatória pélvica pode representar risco aumentado de desenvolver distúrbios irreversíveis, incluindo:

- 1) Gravidez ectópica (também conhecida por gravidez tubária, ocorre quando o tecido cicatricial que se formou nas tubas uterinas impede que o óvulo fertilizado alcance o útero);
- 2) Peritonite;
- 3) Infertilidade;
- 4) Formação de abscessos em diferentes órgãos pélvicos e no trato reprodutivo;
- 5) Dor pélvica crônica.

1.25. Prevenção da doença inflamatória pélvica

A doença inflamatória pélvica pode ser curada. O mais seguro, porém, é adoptar algumas medidas básicas para a prevenção da doença, o que pressupõe os seguintes cuidados:

- Uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais;
- Abstinência sexual até que tratamento com antibióticos tenha surtido os efeitos almejados;
- Avaliação e tratamento dos parceiros sexuais, mesmo que não apresentem sintomas, com o objectivo de impedir a propagação do agente infeccioso causador da doença e a recorrência das crises.

1.26. Tratamento da doença inflamatória pélvica

Como ainda não se conhece uma forma segura de reverter as lesões já instaladas no sistema reprodutivo da mulher, o principal objectivo do tratamento da doença inflamatória pélvica é interromper o processo infeccioso antes que esses órgãos tenham sido definitivamente danificados pela inflamação.

Para tanto, é introduzida uma combinação de antibióticos, por via oral ou intramuscular, que já foram testados no tratamento de infecções sexualmente

transmissíveis (IST), especialmente a gonorreia e a clamídia, por prazo e dosagem previamente escolhidos pelo médico. Essa indicação inicial, no entanto, pode ser ajustada de acordo com os resultados obtidos nos testes realizados para diagnóstico ou segundo a evolução do quadro. O internamento hospitalar fica reservado para os casos que demandam a continuidade do tratamento com antibióticos por via intravenosa.

Sempre é bom repetir que os parceiros sexuais, embora assintomáticos, devem passar por avaliação médica e receber tratamento, uma vez que também podem ser portadores de agentes infecciosos. Analgésicos, anti-térmicos e anti-inflamatórios são considerados um recurso terapêutico útil para alívio dos sintomas, como dor e febre.

Durante o tratamento, a recomendação é que a mulher faça repouso e suspenda as relações sexuais a fim de evitar a recorrência da infecção. A opção cirúrgica fica reservada para os casos que demandam limpeza e drenagem dos abscessos com risco de rompimento que se formaram no sistema reprodutivo da mulher. *Endometriose é uma afecção inflamatória provocada por células do endométrio que, em vez de serem expelidas, migram no sentido oposto e caem nos ovários ou na cavidade abdominal.*

O endométrio é uma mucosa que reveste a parede interna do útero, sensível às alterações do ciclo menstrual, e onde o óvulo depois de fertilizado se implanta. Se não houve fecundação, boa parte do endométrio é eliminada durante a menstruação. O que sobra volta a crescer e o processo todo se repete a cada ciclo (Nilka et al, 2022).

Endometriose é uma afecção (uma modificação no funcionamento normal do organismo) inflamatória provocada por células do endométrio que, em vez de serem expelidas, migram no sentido oposto e caem nos ovários ou na cavidade abdominal, onde voltam a multiplicar-se e a sangrar (Nilka et al, 2022).

Endometriose profunda é a forma mais grave da doença. As causas ainda não estão bem estabelecidas. Uma das hipóteses é que parte do sangue reflua através das tubas uterinas durante a menstruação e se deposite em outros órgãos. Outra

hipótese é que a causa seja genética e esteja relacionada com possíveis deficiências do sistema imunológico (Donadio et al, 2022).

1.26. Sintomas da endometriose

Segundo (Nilka et al, 2022) a endometriose pode ser assintomática. Quando os sintomas aparecem, merecem destaque:

- Cólica menstrual (dismenorreia) que, com a evolução da doença, aumenta de intensidade e pode incapacitar as mulheres de exercerem suas actividades habituais;
- Dispareunia: Dor durante as relações sexuais;
- Dor e sangramento intestinais e urinários durante a menstruação;
- Infertilidade.

1.27. Diagnóstico de endometriose

Diante da suspeita, o exame ginecológico clínico é o primeiro passo para o diagnóstico, que pode ser confirmado pelos seguintes exames laboratoriais e de imagem: visualização das lesões por laparoscopia, ultrassom endovaginal, ressonância magnética e um exame de sangue chamado marcador tumoral, que se altera nos casos mais avançados da doença. O diagnóstico de certeza, porém, depende de uma biópsia (Donadio et al, 2022).

1.28. Tratamento da endometriose

A endometriose é uma doença crônica que regride espontaneamente com a menopausa, em razão da queda na produção dos hormônios femininos. Mulheres mais jovens podem valer-se de medicamentos que suspendem a menstruação: a pílula anticoncepcional tomada sem intervalos e os análogos do GnRH. O inconveniente é que estes últimos podem provocar efeitos colaterais adversos (Prine et al, 2020).

Lesões maiores de endometriose, em geral, devem ser retiradas cirurgicamente. Quando a mulher já teve os filhos que desejava, a remoção dos ovários e do útero pode ser uma alternativa de tratamento (Hendriks et al, 2020).

1.29. Recomendações para lidar com a endometriose

Não imagine que a cólica menstrual é um sintoma natural na vida da mulher (Galvão et al, 2022).

- Procure o ginecologista e descreva o que sente para ele orientar o tratamento;
- Faça todos os exames necessários para o diagnóstico da endometriose, uma doença crônica que acomete mulheres na fase reprodutiva e interfere na qualidade de vida;
- Inicie o tratamento adequado ao seu caso tão logo tenha sido feito o diagnóstico da doença;
- Saiba que a endometriose está entre as causas possíveis da dificuldade para engravidar, mas a fertilidade pode ser restabelecida com tratamento adequado.

De acordo (Trevisan et al, 2022), as trompas de Falópio ou tubas uterinas são dois canais finos responsáveis pelo transporte do óvulo, desde o ovário até a cavidade uterina. É neste importante órgão do aparelho reprodutor feminino que ocorre o encontro do óvulo com o espermatozóide.

Nesse sentido é possível dizer que é dentro das trompas que acontece a fecundação natural. A partir daí, o embrião recém-formado é impulsionado através dos cílios das trompas até o útero, local onde o bebê será gestado. Desta forma, no processo reprodutivo, as trompas de falópio desempenham quatro funções importantes para a fecundação:

- Capturam o óvulo liberado pelo ovário durante a ovulação;
- Transportam os espermatozóides até o óvulo;
- Contribuem para o encontro e a fusão do óvulo com o espermatozóide (fertilização);
- Transportam o embrião formado até o útero, onde ele se fixará (nidação ou implantação).

1.30. Trompas de Falópio: problemas e anomalias na pelve

Como sabemos muito da reprodução feminina depende do adequado funcionamento das trompas de falópio. Deste modo, lesões e obstruções nas trompas podem impedir a passagem tanto do óvulo quanto do espermatozóide, impossibilitando assim o encontro dos dois gametas (Rosenberg et al, 2020).

Actualmente, problemas e anomalias na pelve representam 30% das causas de infertilidade feminina. Nesse sentido, as dificuldades são variadas como por exemplo: diminuição da velocidade de transporte do óvulo, trompas fixas e distantes dos ovários e até mesmo obstrução nos canais. Dessa maneira, as alterações podem ser leves e responsáveis por uma demora maior para engravidar, como severas impedindo a ocorrência de uma gestação natural (Hendriks et al, 2020).

Vale lembrar que mesmo com o diagnóstico de trompas obstruídas é possível engravidar. Nestes casos é necessária a avaliação médica para definir a origem do problema e então determinar o melhor procedimento a ser tomado (Galvão et al, 2022). Nesse sentido, as possibilidades vão desde o uso de antibióticos, cirurgias para desobstrução das trompas até tratamentos de reprodução assistida, através da Fertilização in vitro (FIV). Os problemas nas trompas podem ter diferentes causas:

Origem infecciosa: As doenças sexualmente transmissíveis (DST) podem causar danos permanentes nas trompas de forma silenciosa, pois muitas vezes não produzem sintomas. As mais frequentes são: clámidia e Gonorreia; (Galvão et al, 2022).

Origem inflamatória ou cirúrgica: cirurgias pélvicas ou enfermidades inflamatórias como a endometriose também podem afectar as trompas (Trevisan et al, 2022).

Problemas nas trompas: Os sintomas de inflamação nas trompas de falópio são geralmente causados por infecções bacterianas ou doenças sexualmente transmissíveis, e tendem a surgir após a menstruação em mulheres com vida sexual activa. Além disso, também podem aparecer antes da menstruação, após o parto,

em casos de aborto, depois da colocação do DIU ou como complicação de uma cirurgia ginecológica, por exemplo (Sawada et al, 2022).

A inflamação nas trompas, muitas vezes, tem cura e o seu tratamento deve ser feito com o uso de antibióticos de acordo com a orientação do ginecologista. Nesse sentido, Dessa forma, apenas nos casos mais graves, pode ser necessário fazer cirurgia para retirar a trompa ou órgãos que possam ser afetados pela infecção como ovários e útero (Trevisan et al, 2022).

É possível engravidar com apenas uma trompa, mas é necessário conhecer melhor as particularidades dessa condição para que se verifique quais são as chances reais de uma concepção. Como o ciclo fértil da mulher faz com que a cada mês seja liberado o óvulo de um dos ovários, nos meses em que o óvulo corresponder ao lado da trompa retirada, não haverá possibilidades de concepção (Sawada et al, 2022).

Entretanto, no ciclo seguinte, a mulher tem possibilidades normais de engravidar. Nesse sentido, alguns exames podem ser realizados visando verificar a situação da trompa existente. No entanto, se o casal sentir maior dificuldade de concepção, o indicado é procurar um especialista em reprodução humana (Galvão et al, 2022).

1.31. Exame das trompas

Existem duas formas de analisar a permeabilidade das Trompas de Falópio. A primeira é a Histerossalpingografia (HSG), uma radiografia que avalia o estado do colo do útero e das Trompas. A outra opção é a laparoscopia, considerado um método complementar à HSG (Rosenberg et al, 2020).

Histerossalpingografia: Este exame é indicado em caso de aderência, dilatações ou obstruções nas trompas e através dele analisa-se o canal cervical, a cavidade e a permeabilidade do útero. A HSG é um exame radiológico realizado em hospitais e clínicas de diagnóstico por imagem. No procedimento é introduzido um líquido de contraste radiopaco que permite a visualização e a documentação da passagem, simulando o trajeto percorrido pelo sêmen. Nesse sentido, o resultado também consegue avaliar, embora com menor sensibilidade, a presença de

malformações uterinas, de miomas ou pólipos intracavitários (Rosenberg et al, 2020).

Videolaparoscopia: Caso seja detectada a alteração tubária, um dos tratamentos indicados é a videolaparoscopia para tentar desobstruir o canal das trompas. Neste sentido, este exame é realizado em ambiente hospitalar e com anestesia geral (Rosenberg et al, 2020).

A laparoscopia é mais precisa para avaliar a integridade das trompas e diagnosticar uma série de anormalidades, como é o caso da endometriose. O resultado costuma ser bem sucedido quando as aderências que fixaram a trompa são sequelas provenientes de cirurgias pélvicas anteriores como cesariana ou miomectomia. Entretanto, se o diagnóstico for alterações tubárias ocasionadas por sequelas de endometriose, hidrossalpinges seguida de cirurgia para a retirada da trompa ou sequelas de doenças infecciosas como clamídia, a indicação é a Fertilização In Vitro (Prine et al, 2020).

1.32. Gravidez nas trompas

Além de reduzir as possibilidades de gravidez, a obstrução tubária também pode causar gestação ectópica (fora do útero), o que representa risco para a mulher. Se o bebê for gerado nas trompas e esta situação não for tratada, há possibilidades de hemorragias que podem levar ao rompimento das tubas e risco de morte para a mãe. Sendo assim, uma gravidez ectópica ou tubária não pode prosseguir normalmente. O embrião não sobrevive e seu crescimento pode destruir várias estruturas maternas. Nesse sentido o tratamento precoce de uma gravidez nas trompas pode ajudar a preservar a fertilidade (Rosenberg et al, 2020).

1.32.1. Causas e factores de risco

Segundo (Hendriks et al, 2020) danos nas trompas de falópio é uma causa comum de gravidez ectópica. Um óvulo fertilizado pode ficar estacionado em uma área danificada e crescer naquela localização. As causas mais comuns que podem levar a uma gravidez nas trompas são:

- Tabagismo;
- Doença inflamatória pélvica, que pode surgir a partir de infecção por clamídia ou gonorréia;
- Inflamações e cicatrizes das trompas de falópio, decorrentes de uma condição médica ou cirurgia anterior;
- Gravidez ectópica anterior em uma trompa de Falópio;
- Factores hormonais;
- Anormalidades genéticas;
- Defeitos congênitos;
- Condições médicas que afetam a forma e condição das trompas de falópio e órgãos reprodutivos;
- Problemas de fertilidade;
- Idade materna avançada de 35 anos ou mais;
- Aborto de repetição;
- História de endometriose;
- Uso inadequado do DIU. Se utilizado corretamente, o DIU deve impedir a gravidez. No entanto, se por algum motivo ela ocorrer, provavelmente será ectópica;
- Gravidez após cirurgia de laqueadura. Embora a gravidez após a ligadura tubária seja rara, se isso acontecer, é mais provável que seja ectópica.

1.32.2. Sintomas

De acordo (Trevisanet al, 2022), no início, a gravidez ectópica é sentida como uma gravidez normal, mas outros sinais vão surgindo ao decorrer da evolução da gestação:

- Atraso na menstruação;
- Seios sensíveis e inchados;
- Cansaço;
- Enjôo;
- Aumento da micção;
- Hemorragia vaginal, que pode ser leve;

- Dor abdominal ou dor pélvica, geralmente seis a oito semanas após a ausência de menstruação;
- Sangramento vaginal moderado ou intenso;
- Dor no coito ou durante um exame pélvico;
- Tonturas, vertigens ou desmaio causado por hemorragia interna;
- Sinais de choque hipovolêmico.

A maioria das gestações ectópicas pode ser detectada através de um exame pélvico de ultrassonografia e exames de sangue.

1.32.3. Laqueadura nas trompas

A Laqueadura nas trompas consiste no bloqueio das tubas uterinas como método de anticoncepção definitivo. Nesse sentido, a obstrução voluntária impossibilita o encontro do óvulo com os espermatozóides, evitando assim a gravidez. Desta forma, a esterilização feminina é realizada em pacientes que não querem mais engravidar ou, por algum motivo de saúde, não podem mais gestar (Rosenberg et al, 2020).

De acordo com os dados da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a eficácia da laqueadura é de cerca de 99%. Nesse sentido, no caso de mulheres casadas, é necessário também o consentimento do marido. Aliás, o mesmo vale para a vasectomia, que é a cirurgia de esterilização masculina. Sendo assim, antes de decidir passar por uma cirurgia de laqueaduras de trompas, é necessário debater o assunto com um médico, para ter a certeza sobre o procedimento, já que a sua reversão pode ser complexa (Prine et al, 2020).

1.32.4. Tipos de Laquedura

Existem diversas técnicas de laqueadura tubária, podendo ser realizadas através de incisão abdominal, vaginal ou histeroscopia:

- **Minilaparotomia**

Esse método consiste na realização de pequenas incisões no abdômen. Após isso, as trompas são trazidas para cima, e o cirurgião remove uma pequena parte ou

toda a extensão de cada uma delas. Outra alternativa, é a utilização de cliques para bloquear as tubas uterinas, mas essa técnica não é usada tão frequentemente (Prine et al, 2020).

• Laparoscopia

A laparoscopia consiste no uso de um laparoscópio, um catéter com uma câmera acoplada, para que o médico possa visualizar os órgãos abdominais e, então, bloquear as trompas. A introdução do aparelho, dessa forma, é feita através do umbigo ou por meio de um ou dois cortes em determinados pontos do abdômen. Quando o médico consegue visualizar as trompas, elas são removidas com técnicas eletrocirúrgicas, ou por meio de cliques (Rosenberg et al, 2020).

• Histeroscopia

A histeroscopia é realizada sem qualquer incisão na pele e pode ser feita em consultório médico com anestesia local. Nesse tipo de cirurgia, por sua vez, é colocado um pequeno implante através da vagina, até a abertura das trompas, bloqueando a passagem de espermatozóides e óvulos. Actualmente, é a técnica de Laqueadura mais usada e onde é colocado um “stent tubário”, parecido com uma mola (Hendriks et al, 2020).

A reversão da laqueadura só pode ser realizada quando a porção final da tuba uterina não foi retirada ou nos casos em que não se encontre muito deformada. Nesse sentido, a reversão não tem uma taxa de sucesso alta. Por esse motivo, a recomendação é que a reversão da laqueadura tubária seja considerada como uma opção adequada para mulheres mais jovens, com idade inferior a 35 anos, sem que apresente qualquer outro factor de infertilidade (Rosenberg et al, 2020).

Ao contrário de outros países, até o momento, não faz o rastreio da doença. Assim, ela ainda não é contemplada nos exames de rotina ginecológicos. Apesar de ser possível preveni-la, caso se identifique como integrante do grupo de risco, é importante saber que quanto mais rápido for feito o diagnóstico e o tratamento que em boa parte dos casos é medicamentoso maiores são as chances de evitar suas complicações (Prine et al, 2020).

1.33. A clamídia

Trata-se de uma bactéria, a *Chlamydia trachomatis*, de transmissão sexual, que pode causar infecções em homens e mulheres. Além dos órgãos genitais, ela pode afectar a garganta e os olhos. Quem precisa ficar atento pode causar sérios danos ao sistema reprodutivo feminino (Hendriks et al, 2020).

O DIU (dispositivo intra-uterino) é um dos métodos contraceptivos mais utilizados em todo o mundo, correspondendo a cerca de 150 milhões de pessoas que adoptaram esse procedimento como forma de evitar gravidezes indesejadas e possuir mais autonomia quanto ao planeamento familiar e controlo do momento mais adequado para se ter um filho (Donadio et al, 2022).

Esse dispositivo pode ser do tipo hormonal, composto pelo hormónio levonorgestrel, ou não hormonal, revestido por cobre. Os dois dispositivos causam alterações no ambiente do útero que dificultam a motilidade e sobrevivência dos espermatozoides nessa região e, portanto, evitam o processo de fertilização e o possível desenvolvimento do zigoto (Donadio et al, 2022).

O DIU é um método contraceptivo utilizado na prevenção da gravidez quando indesejada. Esse método é um importante aliado do planeamento familiar e da escolha do momento mais adequado para ter um filho. O DIU pode ser do tipo hormonal, que leva um hormônio específico em sua composição, ou não hormonal, que apresenta cobre em sua composição. A eficácia do DIU corresponde à 99%, e as taxas de falha são extremamente baixas (Donadio et al, 2022).

A eficiência, versatilidade, custo-benefício e gratuidade são algumas das vantagens desse dispositivo. Os possíveis efeitos colaterais, como aumento do fluxo menstrual e cólicas, estão entre as principais desvantagens. Ao contrário do que algumas pessoas pensam, não é necessário passar por um procedimento cirúrgico para implantação do DIU (Nilka et al, 2022).

O DIU é uma estrutura plástica em formato de “T” que pode ser revestida de cobre, como o da imagem. O dispositivo intra-uterino (DIU) é um método contraceptivo reversível eficaz e de longa duração utilizado por mais de 150 milhões de pessoas com útero em todo o mundo. O DIU é uma pequena peça feita de

plástico, com o formato de “T”, que apresenta um pequeno cordão em sua região inferior e pode conter cobre ou hormônios específicos em sua composição. O DIU é inserido através de um tubo introduzido no canal vaginal e é acomodado no útero, onde pode permanecer por longos períodos actuando de forma eficaz na prevenção da gravidez (Nilka et al, 2022).

O DIU é um método contraceptivo utilizado como forma de evitar gravidezes não planeadas, sendo um importante aliado no planeamento familiar e possibilitando maior autonomia na decisão sobre qual é o melhor momento para se ter filhos (Donadio, 2022).

1.34. Os tipos de DIU

O DIU pode ser do tipo hormonal ou não hormonal. O DIU pode ser de dois tipos: com hormônio ou sem hormônio. Tanto o DIU hormonal como o não hormonal apresentam o mesmo objectivo, que consiste no impedimento da fecundação e formação do zigoto, porém utilizam-se estratégias diferentes para que isso não aconteça (Donadio et al, 2022).

• DIU não hormonal

- **DIU de cobre:** é formado por uma estrutura plástica em forma de “T” envolto por vários fios de cobre na haste central, sendo possível também a presença de cobre na haste horizontal. Esse dispositivo é livre de hormônios, e a contracepção é garantida pois os iões de cobre liberados causam uma inflamação no tecido que reveste o útero (endométrio), resultando em alterações que impedem a fecundação do espermatozóide. Os íons liberados também afectam os espermatozoides e diminuem sua capacidade de movimentação dentro do útero (Donadio et al, 2022).

- **DIU de prata:** apesar do nome, o DIU de prata é um DIU de cobre mas que apresenta também prata em sua composição. A combinação da prata com o cobre tem o objectivo de diminuir o risco de oxidação e fragmentação do cobre no organismo. De uma forma geral, o mecanismo que evita a fertilização é o mesmo que ocorre no DIU de cobre e DIU hormonal (Nilka et al, 2022).

Popularmente comercializado com o nome Mirena, esse dispositivo é revestido por um hormônio chamado levonorgestrel, similar à progesterona, que causa alterações no muco cervical, o que torna o ambiente mais difícil para os espermatozóides se locomoverem, além de gerar alterações na camada do endométrio, diminuindo o fluxo menstrual (Nilka et al, 2022).

1.35. Eficácia do DIU

O DIU é um método contraceptivo bastante eficaz, correspondendo a 99% o índice de sua eficiência, e com taxas de falhas extremamente baixas que giram em torno de 0,2 a 0,9% de falhas a cada 100 mulheres no período de um ano. Segundo especialistas, há um potencial risco de falhas associado à idade da pessoa usuária, observando-se uma diminuição da taxa de falha conforme o avanço da idade da pessoa (Donadio et al, 2022).

1.36. Vantagens e desvantagens do uso do DIU

1.36.1. Vantagens do DIU

Segundo (Nilka et al, 2022) a escolha do DIU como método contraceptivo possui algumas vantagens quando comparado com outros métodos contraceptivos:

- Eficaz, de longo prazo e reversível: o DIU é um método contraceptivo eficaz (99% de eficácia), possui duração de longo prazo que pode durar de três a dez anos dependendo do tipo que é escolhido, além de ser um método reversível que pode ser retirado a qualquer momento.

- Versatilidade: outra vantagem é a sua versatilidade e a facilidade de inserção no útero, não sendo necessário nenhum tipo de cirurgia para esse procedimento que leva poucos minutos para ser realizado. Uma vez colocado, a única preocupação será a checagem anual a partir de exame de ultrassom realizado por um médico ginecologista para se certificar de que o dispositivo se encontra na posição ideal

1.36.2. Desvantagens do DIU

De acordo (Donadio et al, 2022), a principal desvantagem do uso do DIU e um dos principais motivos de sua retirada são alguns efeitos colaterais que podem acontecer.

- Aumento do fluxo menstrual e cólicas: esses efeitos colaterais normalmente envolvem a menorrágia, que é o sangramento vaginal intenso durante o período menstrual, e também a dismenorreia, que são cólicas intensas durante o período menstrual. É importante destacar que esses efeitos colaterais não ocorrem em todos os casos e podem variar de indivíduo para indivíduo.

- Desconforto: outra desvantagem é a sensação de desconforto que algumas pessoas podem experimentar durante a inserção do dispositivo. Como forma de minimizar essas questões é possível optar por realizar o procedimento com sedação de forma que nenhum desconforto seja sentido.

- Dificuldade de acesso: a dificuldade no acesso ao DIU através do sistema de saúde pública é uma das desvantagens na escolha desse método contraceptivo já que existem algumas barreiras que dificultam o acesso da população a ele, como a disponibilização do dispositivo apenas através de indicação médica e a obrigatoriedade da realização de diversos exames antes da sua inserção.

1.37. A gestação após a laqueadura

Lá está o início de tudo, o primeiro passo para a formação do embrião é representado pela fertilização do óvulo por um espermatozóide e o cenário para este encontro é a trompa uterina, um dos órgãos mais importantes para a fertilidade. Aproximadamente 40% dos problemas femininos para engravidar são representados por alteração na permeabilidade/função das trompas. E a laqueadura tubária tem sido um motivo relativamente frequente de dificuldade feminina para engravidar (Prine et al, 2020).

Infelizmente, há uma cultura de massificação de técnicas contraceptivas consideradas irreversíveis (laqueadura tubária, por exemplo). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 40% das mulheres realizam a laqueadura no auge de sua capacidade reprodutiva (20-30 anos). Estes números alarmantes reforçam a necessidade de aconselhamento sobre possíveis opções reversíveis com alta eficácia contraceptiva antes da decisão por métodos definitivos (Rosenberg et al, 2020).

Deste modo, o planejamento familiar pode ser realizado com segurança e tranquilidade para que o casal possa decidir quando e quantos filhos ter, mantendo sua autonomia para suspender o método em busca de nova gestação caso mudem de ideia no futuro. Apesar de ser considerado um método anticoncepcional definitivo, mulheres submetidas a laqueadura tubária podem recorrer às técnicas da reprodução humana para alcançar novas gestações. Para isto, o sonho de ter um bebê pode ser concretizado através da reversão da laqueadura ou da fertilização in vitro (FIV) (Rosenberg et al, 2020).

De acordo (Galvão et al, 2022), deve-se avaliar antes de decidir pela reversão da laqueadura ou FIV:

Idade da mulher

- Factores associados que levam a dificuldade para engravidar: endometriose, factor masculino, quantidade de folículos nos ovários visualizados no ultrassom, entre outros.
- **Tipo de laqueadura:** retirada total ou parcial das trompas, comprimento da trompa após a laqueadura, etc.
- Tempo entre a laqueadura e sua reversão.
- Condições financeiras do casal.
- Grau de ansiedade.

Durante a consulta, o especialista em reprodução humana deve estar atento às particularidades do casal: todo detalhe é importante, não apenas alterações biológicas, evidências científicas, mas também o contexto emocional e económico (Trevisan et al, 2022).

1.37.1. A reversão da laqueadura pode ser uma opção

A idade da mulher é o principal factor relacionado ao sucesso da reversão da laqueadura. Por isso, mulheres com menos de 35 anos que não apresentam outros fatores relacionados a dificuldade para engravidar são as principais candidatas para alcançar nova gestação por esta técnica. Nas outras situações, a FIV apresenta maior custo-benefício. (Prine et al, 2020).

É importante frisar que quem opera, espera! Após a cirurgia é necessário aguardar um tempo para que a gestação ocorra: aproximadamente 40 a 70% das mulheres alcançam a gestação após 1 a 2 anos da cirurgia. Em algumas situações, a cirurgia pode falhar em recanalizar as trompas e o casal necessitará recorrer à FIV para engravidar. A reversão da laqueadura é uma opção para casais que não tem condições financeiras para recorrer às técnicas de reprodução assistida, visto que este procedimento é disponibilizado gratuitamente (Rosenberg et al, 2020).

1.37.2. As principais complicações da reversão da laqueadura tubária

Além da falha na recanalização tubária que depende de inúmeros factores como o tipo de laqueadura, tempo entre sua realização e reversão, condição intraoperatória, entre outras, a reversão da laqueadura pode estar associada ao aumento do risco de gestação nas trompas (ectópica). Este quadro não permite que a evolução da gestação e, algumas vezes, é necessário recorrer ao uso de medicamentos ou a cirurgia para evitar complicações graves para a mulher (Prine et al, 2020).

Um estudo europeu analisou a taxa de gravidez de 10.689 mulheres que foram submetidas a reversão da laqueadura tubária. Segundo os autores, a taxa de gestação ectópica variou entre 4-8%, ou seja, de cada 100 mulheres submetidas ao procedimento, 4 a 8 tiveram a gestação localizada na trompa. Estes números variam entre 2 a 4 gestações nos ciclos de FIV e ocorrem geralmente quando a mulher já apresenta alguma alteração prévia nas trompas (Hendriks et al, 2020).

1.37.3. Realização do procedimento

A reversão da laqueadura é um procedimento micro-cirúrgico delicado, pois a tuba tem em média 3 à 5 mm de diâmetro. A aproximação das bordas da tuba (anastomose) pode ser realizada através laparoscopia, cirurgia robótica, ou cirurgia aberta (laparotomia técnica em desuso para este tipo de procedimento). O procedimento é realizado com fio cirúrgico extremamente fino e delicado com o auxílio de microscópio cirúrgico (Prine et al, 2020).

Segundo a sociedade americana de medicina reprodutiva (American Society for Reproductive Medicine), a técnica utilizada para reversão da laqueadura parece não interferir na taxa de sucesso da recanalização. Sempre existe uma solução. Apesar do carácter definitivo e permanente, mulheres submetidas à laqueadura podem ter a chance de refazer seu planejamento reprodutivo. Não existe fim para aqueles que acreditam em recomeço (Hendriks et al, 2020).

1.38. Anomalias congénitas do aparelho reprodutor feminino

Durante o desenvolvimento fetal anormalidades no útero, trompas e vagina podem ocorrer. Elas podem causar infertilidade, dor pélvica, alterações menstruais e abortos recorrentes. Septos uterinos, septos vaginais e anormalidades no colo uterino podem ser corrigidos por videolaparoscopia ou videohisteroscopia visando restaurar a normalidade anatômica (Sawada et al, 2022).

1.38.1. Anormalidades uterinas adquiridas

Pólipos, sinéquias ou aderências, miomas e cicatrizes uterinas podem ser removidas por videohisteroscopia e/ou videolaparoscopia. Esses procedimentos restauram a anatomia normal e aumentam as possibilidades de gravidez quando cirurgicamente tratados (Galvão et al, 2022).

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1. Tipo de Pesquisa

O trabalho apresenta a pesquisa descritiva, observacional e bibliográfica. Para Oliveira (2002, p.114), são estudos que permitem ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos factores e elementos que influenciam determinados fenómenos.

Segundo Ramos & Naranjo (2014, p.54), os estudos descritivos procuram especificar as propriedades importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise.

Por sua vez, Zassala (2017, p.42), reforça que é a investigação que procura determinar a natureza e grau de condições existentes.

A escolha do tipo de pesquisa descritiva nos permite a colecta de dados bem como a descrição das condições existentes, possibilitando assim a compreensão dos diversos factores e elementos que estão implícitos no fenómeno em estudo.

2.2. Modelo de Abordagem

O presente trabalho está centrado tecnicamente na abordagem mista (qualitativa e quantitativa).

A abordagem qualitativa é uma abordagem que não emprega dados estatísticos como centro do processo de análise de um problema (Oliveira, 2002).

Segundo Oliveira (2002, p.115), é utilizada no desenvolvimento das pesquisas descritiva na qual se preocupa descobrir e classificar a relação entre variáveis assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenómenos.

Optou-se pela abordagem mista (qualitativa-quantitativa), pois a abordagem qualitativa permitiu-nos a recolha das informações proveniente dos nossos interlocutores, enquanto a abordagem quantitativa permitiu-nos a interpretação das informações dos intervenientes na investigação em dados numéricos.

2.3. Nível de estruturação de métodos

a) Nível teórico

• Análise/Síntese

Na visão de Ramos e Naranjo (2014, p.103), a análise é um procedimento teórico mediante o qual um todo complexo se decompõe nas suas diversas partes e qualidades. Permite a divisão mental de todo nas suas múltiplas relações e componentes e a síntese estabelece mentalmente a união entre as parte previamente analisadas e possibilita a descoberta das relações essenciais e as características gerais entre elas.

Este método auxiliou-nos na orientação do diagnóstico e estudo dos factores do insucesso escolar, bem como nas aplicações de um todo para estudá-lo detalhadamente.

• Histórico/Lógico

Para resolver a essência de um objecto é preciso produzir o processo histórico real do seu desenvolvimento mais isso só é possível se conhecermos a essência do objecto estudado.

Segundo Marconi e Lakatos (2003, p.91), o método histórico consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar sua influência na sociedade de hoje.

Por sua vez Ramos e Naranjo (2014, p.109), afirmam que o método histórico esta ligado ao conhecimento das diferentes fases dos objectos na sua sucessão cronológica,

Já o método lógico investiga as leis gerais e essenciais do funcionamento e desenvolvimento dos fenómenos factos e processos. (2014).

Este método auxiliou-nos na caracterização da evolução do processo da Monitorização das gravidez ectopica dsd pacientes assistidas no hospital Municípal do Kuimba, no II trimestre de 2023.

• Hipotético/Dedutivo

Segundo Marconi e Lakatos (2014, p.91), o método hipotético/dedutivo inicia pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos acerca da qual formula

hipóteses pelo processo de inferência dedutiva, testa a predição da ocorrência de fenómeno abrangido pela hipótese.

Ramos e Naranjo (2014, p.115), reafirmam que consiste num sistema de procedimentos metodológicos que consiste em fazer algumas afirmações na qualidade de hipótese verificadas mediante a dedução a partir delas das conclusões e da confrontação destas últimas acções.

Com este método tivemos a possibilidade de aumentar o conhecimento da realidade do insucesso escolar e a necessidade de propor soluções para colmatar as deficiências e melhorar a qualidade de monitorização dos pacientes com gravidez ectópica.

b) Nível empírico /experimental

Os métodos de nível empírico/experimental para a pesquisa serão, o inquérito por questionários aplicados aos membros da direcção, enfermeiros, técnico de Enfermagem e pacientes, assim como a observação não estruturada.

Este método vai nos permitir alcançar os objectivos propostos na nossa pesquisa através da utilização das diferentes técnicas, assim como na confirmação das hipóteses levantadas.

c) Nível estatístico/matemático

Os métodos estatísticos para Ramos e Naranjo (2014, p.100), revelam as tendências e relações dos fenómenos. E podem ser descritivos e inferenciais.

Este método permitiu-nos clarificar a investigação ao quantificar os dados colectados na investigação de campo.

2.4.Técnicas de recolha de dados

Para a recolha de dados foram utilizadas as seguintes técnicas: Observação, Inquérito, Pesquisa bibliográfica e documental.

Na visão de Silva (2003, p.38), é necessário observar basicamente por meio dos sentidos (a visão, audição, tacto, olfacto, paladar), para tirar um conhecimento claro e preciso de um objecto de pesquisa. Tal objecto pode ser um ambiente onde pessoas se relacionam.

Para Diogo (2012, p.121), a observação permite que o estudo do fenómeno por investigar sirva como objectivo formulado, planeado, registado e relacionado a partir do simples para o geral, ao invés de ser visto o fenómeno como um facto curioso.

O tipo de observação será participante ou directamente estruturada segundo Mesquita e Duarte (1997, p.32), o observador embora presente assuma o papel de espectador anónimo; para além de estar visivelmente presente participa activamente na situação que pretende observar.

Segundo Alves (2012, p.50), inquérito é uma técnica usada para recolha de dados que o investigador pode optar através da realização de entrevistas ou da aplicação de questionário.

Na visão de Ramos e Naranjo (2014, p.144), é uma técnica de aquisição de informação de interesse sociológico, mediante um questionário previamente elaborado através da qual se pode conhecer a opinião ou a avaliação do sujeito seleccionado numa amostra sob um assunto dado.

Pesquisa documental é a que efectua tentando resolver um problema ou adquirir conhecimentos a partir do emprego de informações retiradas de material gráfico. O objectivo da pesquisa documental é recolher, analisar, e interpretar as contribuições teóricas já existentes sobre determinado facto, assunto ou ideia. (Lakatos e Marconi, 2003, p. 28).

Na visão do Diogo (2012, p.121), é um instrumento de recolha de dados onde são classificados os documentos impressos tais como livros, artigos ou jornais.

Segundo Lakatos e Marconi (2003, p.66), a pesquisa bibliográfica trata-se do levantamento, selecção e documentação de toda bibliografia já publicada sobre o assunto que está sendo pesquisado, em livros, revistas, jornais, boletins, monografias, teses, dissertações, materiais cartográficas, com objectivo de colocar o pesquisador em contacto directo com todo material já escrito sobre o mesmo.

Para Oliveira (2002,p.119), pesquisa bibliográfico tempo finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica. Normalmente faz-se levantamento

bibliográfico realizado em bibliotecas, faculdades, universidades e especialmente naqueles acervos que fazem parte do catálogo colectivo e das bibliotecas virtuais.

A pesquisa bibliográfica permitiu-nos o contacto com as informações já existente acerca da gravidez ectópica, bem como as suas causas.

2.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

Para o inquérito por questionário usaremos o guião de questionário para adquirirmos informações do director, Administrador, enfermeiros, pacientes, acompanhantes dos pacientes. Depois de ter as permissões da direcção do hospital em causa entramos nas pesquisas autorizadas

2.6. População e Amostra

• População

Para Silva e Menezes (2005, p.43), considera que população é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características defendidas para um determinado estudo.

Segundo Morisi (2003, p. 77), a população é um conjunto de indivíduos que ocupam um determinado espaço geográfico. A população deste estudo foi de **(38)** profissionais de saúde.

• Amostra

Na visão de Lakatos & Marconi (2003, p.55), amostra é a parte da população ou Do universo, seleccionada de acordo com uma regra. Para Silva e Menezes (2005, p. 43), considera que população é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características defendidas para um determinado estudo. Assim sendo a amostra deste estudo foi de **(29)** profissionais de saúde.

CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS

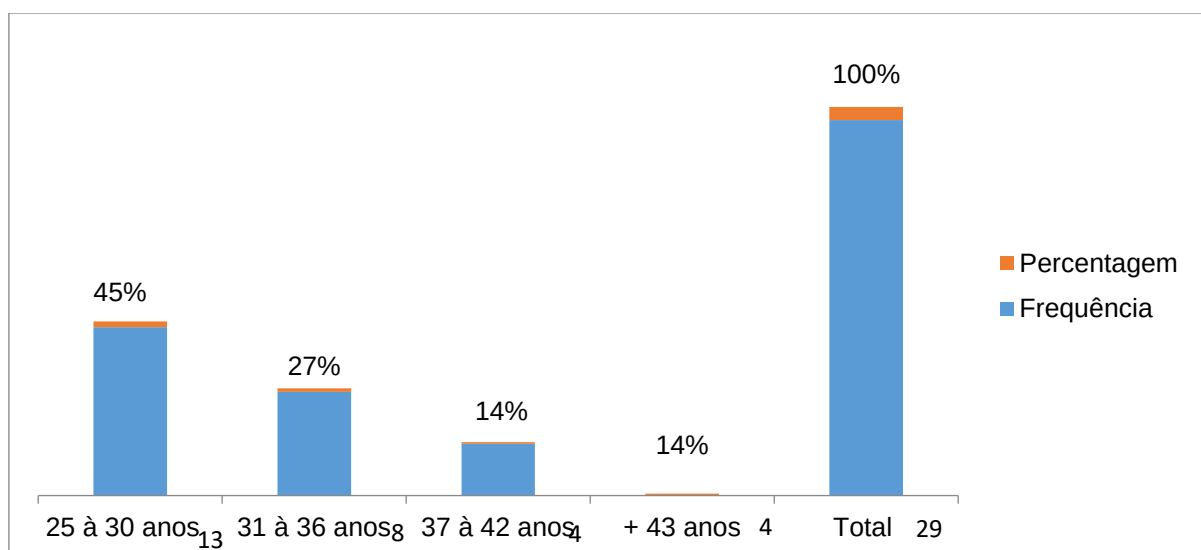
No presente trabalho, pretendemos avaliar a monitorização das gravidezes ectópica em pacientes assistidas no hospital municipal do Kuimba província do zaire.

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo a faixa etária

Faixa etária	Frequência	Percentagem
25 à 30 anos	13	45%
31 à 36 anos	8	27%
37 à 42 anos	4	14%
+ 43 anos	4	14%
Total	29	100%

Fonte: questionário/apêndice

Gráfico 1: Distribuição da amostra segundo a faixa etária



Quanto a faixa etária mais acometida com 45% foi a dos 25 aos 30 anos de idade, com 27% a dos 31 aos 36 anos de idade e 14% corresponde as faixas de 37 aos 42 e a faixa de mais de 43 anos de idade relativamente.

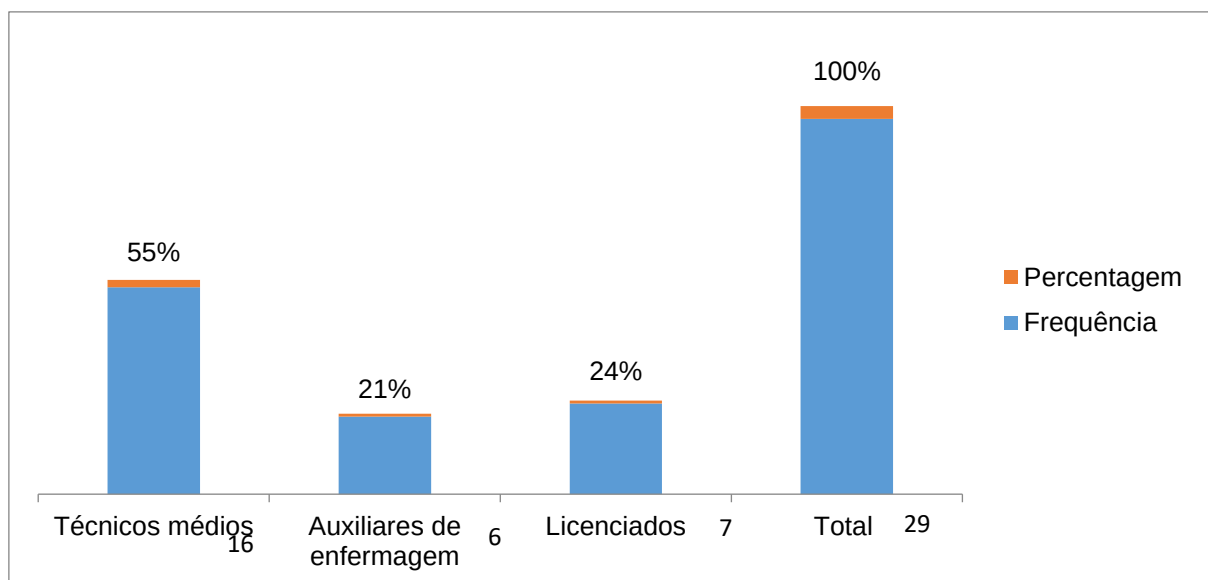
A nossa pesquisa vai de acordo com o estudo feito por (Júnior, 2014) em Brasília onde apresentava 47% das mulheres com esta mesma condição devido a doença inflamatória pélvica.

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo o nível acadêmico do profissional de saúde.

Nível acadêmico	Frequência	Percentagem
Técnicos médios	16	55%
Auxiliares de enfermagem	6	21%
Licenciados	7	24%
Total	29	100%

Fonte: questionário/apêndice

Gráfico 2: Distribuição da amostra segundo o nível acadêmico do profissional de saúde.



Correlação ao nível acadêmico dos profissionais de saúde, 55% representa os técnicos médios, 24% são licenciados e 21% auxiliares.

Na nossa óptica há necessidade de reforçar o quadro desse estabelecimento de saúde visto que a maior percentual recai aos técnicos médio, sendo que

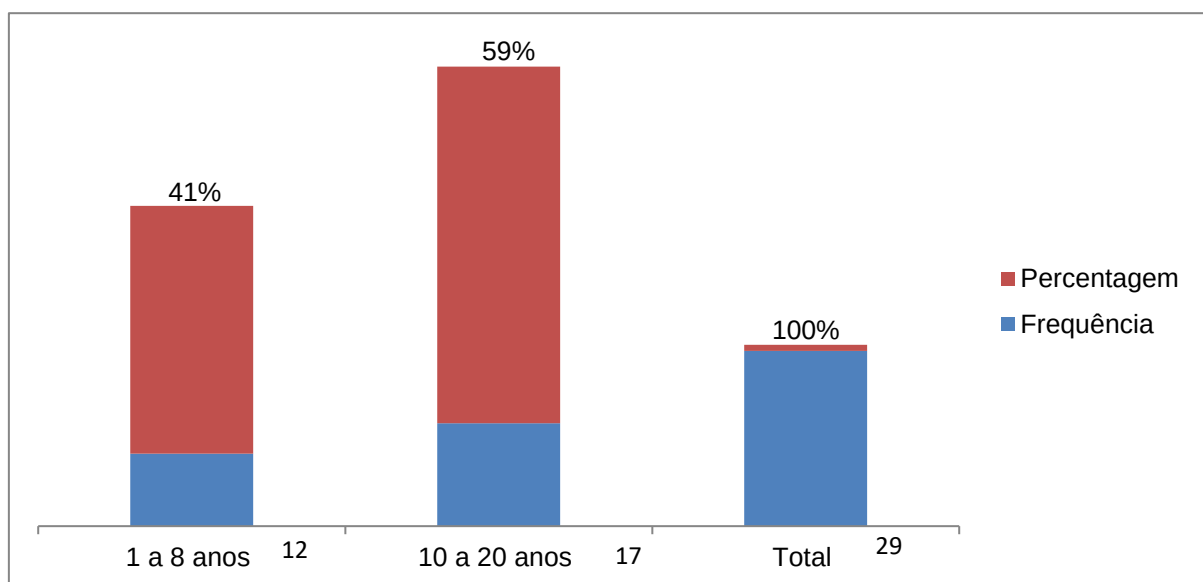
patologias de gênero exigem um nível acentuado de conhecimento técnico-acadêmico para que haja eficiência assistencial.

Tabela 3: Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço

Tempo de serviço	Frequência	Percentagem
1 a 8 anos	12	41
10 a 20 anos	17	59
Total	29	100%

Fonte: questionário/apêndice

Gráfico 3: Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço



De acordo o tempo de serviço dos profissionais de saúde, 59% representa o quadro com maior tempo de serviço ao passo que 41% corresponde ao quadro com tempo de serviço reduzido.

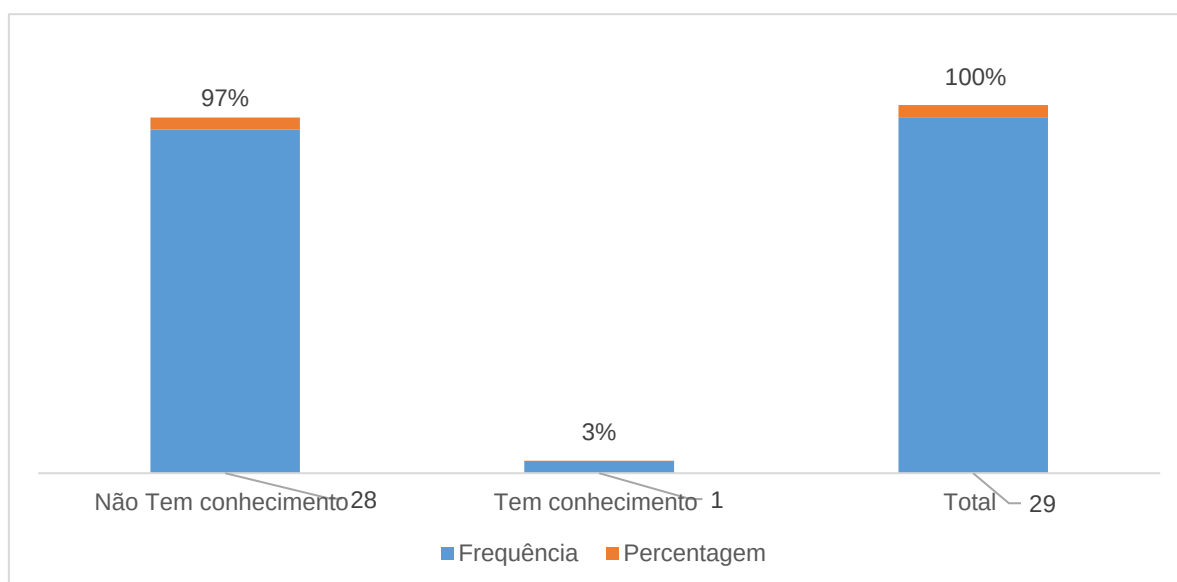
Neste contexto pode-se considerar de que quanto maior tempo de serviço tiver maior experiência adquirida durante os anos de exercício da profissão.

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo conhecimento sobre a monitorização da gravidez ectópica

Conhecimento	Frequência	Percentagem
Não Tem conhecimento	28	97%
Tem conhecimento	1	3%
Total	29	100%

Fonte: questionário/apêndice

Gráfico 4: Distribuição da amostra segundo conhecimento sobre a monitorização da gravidez ectópica



A cerca do conhecimento a monitorização da gravidez ectópica 97% não têm conhecimento ao passo que 3% têm conhecimento.

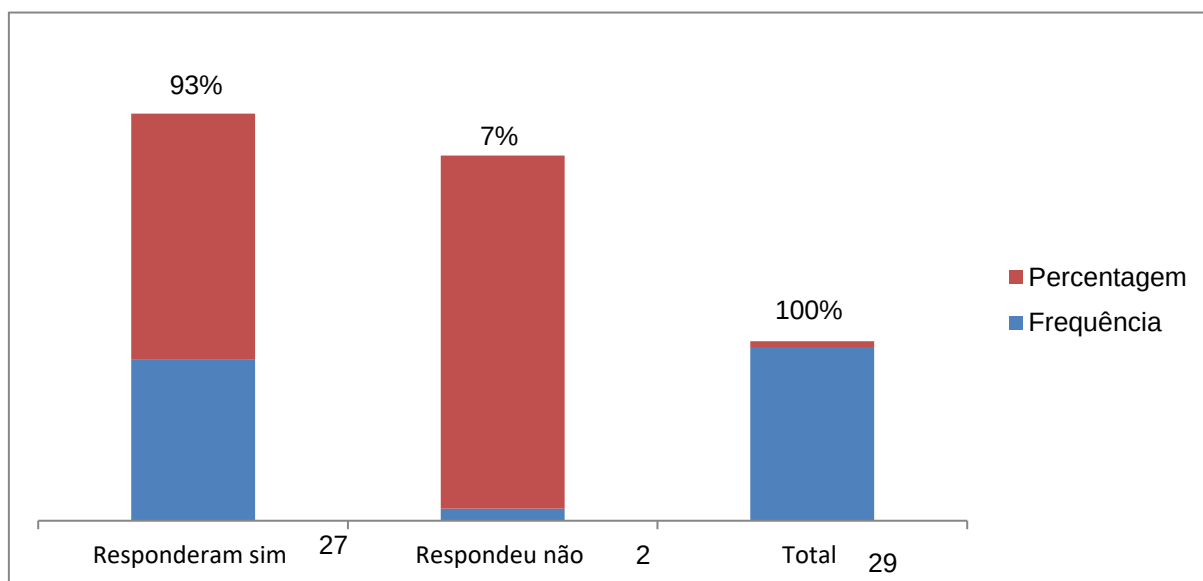
De acordo a afirmação acima descrita, sentimos a necessidade de reforçar o quadro dos profissionais de saúde dessa Instituição e criar estratégias de capacitação dos profissionais visto que a maioria não têm conhecimento sobre a monitorização da gravidez ectópica.

Tabela 5: Distribuição da amostra segundo o conhecimento de procedimento técnico assistencial aos pacientes com gravidez ectópica

Conhecimento/procedimentos técnicos	Frequência	Porcentagem
Responderam sim	27	93%
Respondeu não	2	7%
Total	29	100%

Fonte: questionário/apêndice

Gráfico 5: Distribuição da amostra segundo o conhecimento de procedimento técnico assistencial aos pacientes com gravidez ectópica



Segundo o conhecimento sobre os procedimentos técnicos assistencial aos pacientes com gravidez ectópica, 93% respondeu sim têm conhecimento ao passo que a maioria representado por 7% não têm conhecimento.

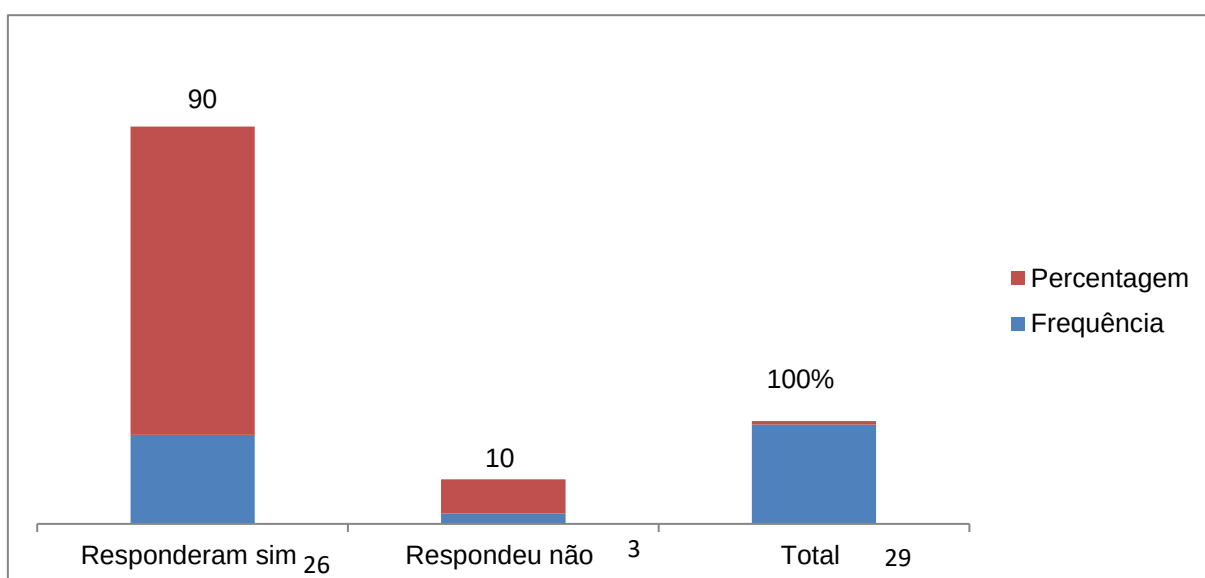
Deste facto nota-se uma debilidade quanto a falta de conhecimentos técnicos sobre assistência à pacientes com gravidez ectópica, o hospital junto da sua entidade máxima deve criar condições e estratégias para poder comatar esta deficiência e procurar dentro do seu quadro com domínio nessa área capacitar os demais.

Tabela 6: Conhecimento sobre os factores de risco em pacientes/monitorização da gravidez ectópica

Conhecimento/factores de risco	Frequência	Percentagem
Responderam sim	26	90
Respondeu não	3	10
Total	29	100%

Fonte: questionário em apêndice

Tabela 6: Conhecimento sobre os factores de risco em pacientes/monitorização da gravidez ectópica



Correlação aos factores de risco 90% têm conhecimento ao passo que 10% não. De facto foi bom notar que a maioria tem domínio dos factores de risco na monitorização da gravidez ectópica, isso assegura as pacientes com essa condição também o próprio hospital podendo assim salvaguarda a saúde e a vida das utentes que solicitam os serviços deste estabelecimento de saúde.

CONCLUSÕES

A gravidez ectópica é uma complicação obstétrica comum, que pode gerar complicações potencialmente graves e infertilidade. Para isso, é importante saber identificar e manejar esses casos, buscando a preservação da fertilidade quando possível. O tratamento pode ser feito por meio do metotrexato ou por meio de cirurgia, a depender da indicação médica.

Os resultados obtidos nesta investigação possibilitaram analisar o processo decisório da gravidez ectópica, que se apresentou como uma escolha dolorosa na vida reprodutiva das mulheres. Tal facto deveu-se, especialmente, ao significado atribuído por elas à gravidez ectópica, situação que sofreu influência dos valores psicomorais inerentes no seu contexto psicossocial.

45% representou a faixa etária mais acometida dos 25 aos 30 anos de idade; 55% corresponde ao nível académico dos profissionais de saúde, dominado por técnicos médio;

59% corresponde aos profissionais de saúde com mais tempo de serviço, no hospital municipal do Kuimba;

97% corresponde ao baixo nível de conhecimento sobre a monitorização da gravidez ectópica;

93% representa o nível de conhecimento sobre os procedimentos técnicos assistencial aos pacientes com gravidez ectópica;

90% representa os profissionais de saúde com domínio dos factores de risco em pacientes sobre a monitorização da gravidez ectópica.

SUGESTÕES

Aos responsáveis da saúde do Hospital Municipal do Kuimba, sugerimos que:

- ✓ Planificar campanhas de sensibilização da população sobre as consultas pré-natais;
- ✓ Que essa actividade seja concomitante com trabalho de grupo e de visitação domiciliar; esta, para propiciar uma supervisão de realização dos cuidados e medidas profiláticas;
- ✓ Que sejam lotados nesses serviços, profissionais de saúde em número suficiente e com habilidades para desenvolver essa actividade;
- ✓ Que os serviços dessa natureza desenvolvidos em Instituições, sejam divulgados a fim de possibilitar intercâmbio de experiências, com vistas e acertos, e, cada vez mais, propiciar o posicionamento dos profissionais na equipa de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, N.C. (2017). *Monitorização monitoramento ambiental ferramenta para a administração dos recursos naturais*. 5ª ed. Porto Alegre
- Araújo, et al. (2017). *Assistência de enfermagem a parturiente de alto risco*. *Revista Ciências Biológicas*. 5º ed. Brasil. : Editora do Ministério da Saúde.
- Avello, I.M.S, (2014). *Paciente uma pessoa que está sendo cuidada por um médico, enfermeiro*. 6ª ed. Rio de Janeiro.
- Caravantes et al (2015). *Concetalização de termo paciente Na realidade da organização mundial da saúde*. 5ª ed. Porto Alegre
- Donadio, Nilka Fernandes et al (2022). *Gestação heterotópica: possibilidade diagnóstica após fertilização in vitro: a propósito de um caso*. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet. fertilização in vitro: a propósito de um caso*. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*
- Fernandez M. R.; Arlete M. S. et al. (2019). *Prevalence of ectopic pregnancy liable to surgical treatment in a public hospital from through*. *Revista da Associação Médica Brasileira*.
- Ferreira et al (2016). *Gravidez Ectópica Cervical: estudo de caso em um hospital materno-infantil no extremo norte do*. 4º ed. Brasil
- Galvão, C. M.; Sawada, N. O.; Trevisan, M. A (2022). *Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem*. *Rev. Lat. Am. Enferm.*
- Gigase, P. et al (2017). *Ambiental ferramenta para a administração dos recursos naturais*. 2ª ed. São Paulo. Atlas.
- Hanesian, R. et al (2015). *Com o objetivo de subsidiar o gerenciamento e a tomada de decisões*. 5ª ed. Porto Alegre
- Hendriks, H.; Rosenberg, R.; Prine, L. (2020). *Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management*. *American family physician*.
- Júnior, et al (2014). *Gestação de alto risco: manual técnico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Marconi, M. E Lakatos, E. (2003). *Técnicas de pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo. Editora.

Moresi, E. et al (2003). *Metodologia da pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.

Oliveira, A. Et al (2014). *Como elaborar projecto de pesquisa*. 4ª Edição São Paulo: editora Platano.

Ramos, S. E Naranjo, E. (2014). *Metodologia de Investigação Científica*. 2ª Edição. Lobito- Angola. Editora Escolar.

Severino A. et al (2013). *Metodologia de Investigação Científica*. 1ª edição. São paulo. Editora: Cortez.

Silva, E. E Menezes, E. et al (2005). *Metodologia da Pesquisa e elaboração de dissertação*. 4ª Edição. São Paulo. Editora Florianopolis.

Zassala, C. (2012). *Iniciação a Pesquisa Científica*. 4º Edição. Luanda-Angola.

APÊNDICE

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO

Autor	Nanikafuako Vanza
Orientador	Professor: Sebastião Maurício Mbassi
Título do TFC: Licenciatura em ciências de Enfermagem	Monitorização de gravidez ectópica das peacientes assistidas no hospital Municipal do kuimba, no IIº trimestre de 2023.

Nanikafuako Vanza:Estudante finalista do Instituto Superior de Angola encontrando-me a elaborar meu projecto para a obtenção do título de, Licenciatura em ciências de Enfermagem.

Venho por intermédio deste, respeitosamente a solicitar sua colaboração a fim de responder algumas questões exclusivamente em:**Monitorização de gravidez ectópica das peacientes assistidas no hospital Municipal do kuimba, no IIº trimestre de 2023**,ao preenchimento como fonte de informação para o trabalho de rotina assistencial, e deste modo respeitando as normas bioéticas e o anonimato.

Agradeço pela sua colaboração

COM RESPEITO AOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM RESPONDE:

1- Qual é a sua faixa etária?

Assinala com um X no lado direito da tabela

25 à 30 anos	
31 à 36 anos	
37 à 42 anos	
+ 43 anos	

2- Qual é o seu nível académico como profissional de enfermagem?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Técnicos médios	
Auxiliares de enfermagem	
Licenciados	

3- Qual é o seu tempo de serviço?

Assinala com um X no lado direito da tabela

1 a 8 anos	
10 a 20 anos	
25 a 30 anos	

4- Conheces a monitorização da gravidez ectópica das pacientes?

Sim	
Não	

5- Tens realizado o procedimento técnico assistencial aos pacientes com gravidez ectópica?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

6- Conheces os factores de risco em pacientes,quando não existe uma boa monitorização da gravidez ectópica?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

MUITO OBRIGADO!

ANEXOS