INSTITUTO SUPERIOR DE ANGOLA

REGIÃO ACADÉMICA I

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

PREVALÊNCIA DE GRAVIDEZ ECTÓPICA EM ADOLESCENTES NO HOSPITAL MUNICIPAL DO SAMBIZANGA II TRIMESTRE DE 2023

Autora: Judith Manuel Luís

Orientador: Eduardo Afonso Nzambi, Msc.

Luanda, 2024

REGIÃO ACADÉMICA I

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

PREVALÊNCIA DE GRAVIDEZ ECTÓPICA EM ADOLESCENTES NO HOSPITAL MUNICIPAL DO SAMBIZANGA II TRIMESTRE DE 2023

Autora: Judith Manuel Luís

Orientador: Eduardo Afonso Nzambi, Msc.

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola, como requisito para obtenção do Grau de licenciatura em Enfermagem, sob orientação do Prof: Eduardo Afonso Nzambi, Msc.

Luanda, 2024

INSTITUTO SUPERIOR DE ANGOLA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Fim de Curso ao Instituto Superior de Angola para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

PREVALÊNCIA DE GRAVIDEZ ECTÓPICA EM ADOLESCENTE NO HOSPITAL MUNICIPAL DO SAMBIZANGA II TRIMESTRE DE 2023

Aprovado aos____/____2024

Banca Examinadora

Presidente Prof Dr (a)._____Asssinatura_____

1° Vogal Prof. Dr (a) ._____Asssinatura_____

2 ° Vogal Prof. Dr (a).._____Asssinatura_____

Secretário (a). Dr.(a) ._____Asssinatura_____

DATA DA DEFESA____/___/2024

CLASSIFICAÇÃO_____

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado à minha querida mãe **Francisca Manuel António (em memória),** que trabalhou incansavelmente enquanto esteve viva, para que eu pudesse atingir o grau de licenciatura.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, que permitiu que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudo.

Ao meu Pai por todo o apoio prestado durante a minha formação. Aos meus Irmãos pelo incentivo e companheirismo ao longo dessa jornada.

Ao meu orientador, Eduardo Afonso Nzambi, pelo auxílio e instrução na elaboração deste trabalho. Ao meu Coorientador Renaldo Sumbo Luvumbo pela disponibilidade e capacitação para comigo.

A Instituição de Ensino ISA, essencialmente no meu processo de formação profissional, pela dedicação, e por tudo que aprendi ao longo destes anos de formação.

A todos os Professores, pelas correções e ensinamentos que permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso. Agradeço ainda a direção do Hospital Municipal do Sambizanga e sua equipe pela permissão de fazermos esta pesquisa dentro da sua instituição.

A minha querida Tia Cátia João, que tem sido uma ótima mãe, se dedicando o máximo possível para suprir as minhas necessidades. Aos demais familiares por todo o apoio e pela ajuda, que muito contribuiu para a realização deste trabalho.

Ao Pastor José Kundy, pelos ensinamentos sobre a excelência académica, o que desenvolveu em mim o anseio pelo destaque estudantil.

Aos meus amigos, em especial Edimel Narciso e Paulo António, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a este trabalho.

Aos meus colegas de turma, com que convivi intensamente os últimos anos, pelo companheirismo e pela troca de experiências que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como formando.

Por último, a todos que direita ou indiretamente contribuíram para que esse dia se tornasse uma realidade.

EPÍGRAFE

"A prevalência de gravidez ectópica em adolescentes ressalta na necessidade de promover uma abordagem de saúde reprodutiva completa e inclusiva, fornecendo informações e suporte adequados para prevenção e cuidados." (Bouyer, Coste, Shojaei, Pouly, Fernandez, & Gerbaud, 2020)

RESUMO

O presente trabalho tem por objecto Prevalência de gravidez ectópica em adolescentes no Hospital Municipal do Sambizanga II trimestre de 2023. Optou-se pela pesquisa descritiva com a abordagem quali-quantitativa, partindo do que está na base da prevalência da gravides ectópica em adolescentes no Hospital Municipal do Sambizanga II Trimestre de 2023, para responder trabalhou-se com as seguintes hipóteses: O número de parceiros sexuais promove as DSTs e uso de contraceptivos de emergência, que por excesso, está na base da gravidez ectópica em adolescentes; A doença inflamatória pélvica está na base da prevalência de gravidez ectópica em adolescentes no Hospital Municipal do Sambizanga II trimestre de 2023. Sendo assim, buscamos compreender a Gravidez Ectópica de acordo uma literatura, sua etiologia, consequências, prevenção e tratamento, bem como sua incidência, prevalência no mundo. E procuramos identificar os fatores determinantes de gravidez ectópica em adolescentes; analisar a faixa etária mais afectada pela gravidez ectópica no Hospital Municipal de Sambizanga; Verificar a taxa de prevalência de gravidez ectópica em adolescentes no Hospital Municipal do Sambizanga, durante o II trimestre de 2023. Trabalhou-se com uma amostra de 7 Profissionais. Desta forma, verificou-se que a taxa de prevalência de gravidez ectópica em adolescentes no Hospital Municipal de Sambizanga, durante o II trimestre de 2023, o que é de 6,66%.Sendo assim, temos como sugestão ao hospital que nos recebeu avaliar a taxa de recidiva de gravidez ectópica em adolescentes após o tratamento na sua unidade hospitalar.

Palavras-chave: Prevalência, Gravidez Ectópica e Adolescência.

ABSTRACT

The present work has as its object Prevalence of ectopic pregnancy in adolescents at the Hospital Municipal do Sambizanga II quarter of 2023. We opted for descriptive research with a qualitative-quantitative approach, starting from what is the basis of the prevalence of ectopic pregnancies in adolescents at the Hospital Municipal do Sambizanga II Quarter of 2023, to respond we worked with the following hypotheses: The number of sexual partners promotes STDs and the use of emergency contraceptives, which, in excess, is the basis of ectopic pregnancy in adolescents; Pelvic inflammatory disease is the basis of the prevalence of ectopic pregnancy in adolescents at the Hospital Municipal do Sambizanga II quarter of 2023. The general objective was to understand Ectopic Pregnancy according to literature, its etiology, consequences, prevention and treatment, as well as its incidence , prevalence in the world. The specific objectives were: to identify the determining factors of ectopic pregnancy in adolescents; analyze the age group most affected by ectopic pregnancy at the Sambizanga Municipal Hospital; To verify the prevalence rate of ectopic pregnancy in adolescents at the Sambizanga Municipal Hospital, during the second quarter of 2023. We worked with a sample of 7 professionals. In this way, it was verified that the prevalence rate of ectopic pregnancy in adolescents at the Municipal Hospital of Sambizanga, during the second quarter of 2023, which is 6.66%. Therefore, we have as a suggestion that the hospital that received us evaluate the recurrence rate of ectopic pregnancy in adolescents after treatment in your hospital unit.

Keywords: Prevalence, Ectopic Pregnancy, Adolescence.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.°1. Distribuição de amostra por idade.....37

Tabela nº 2: Distribuição de amostra por categorias.....38

Tabela nº 3: Distribuição de amostra por Tempo de serviço.....39

Tabela nº 4: Faixa etária das adolescentes aos serviços de obstetrícia.....40

Tabela nº 5: Principais motivos das adolescente aos serviços de obstetrícia.....41

Tabela nº 6: Número de adolescentes diagnosticadas com gravidez ectópica……..42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.°1. Distribuição de amostra por idade.....37

Gráfico nº 2: Distribuição de amostra por categorias.....38

Gráfico nº 3: Distribuição de amostra por Tempo de serviço.....39

Gráfico nº 4: Faixa etária das adolescentes aos serviços de obstetrícia.....40

Gráfico nº 5: Principais motivos das adolescente aos serviços de obstetrícia.....41

Gráfico nº6: Número de adolescentes diagnosticadas com gravidez ectópica……..42

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 1

Identificação do Problema 2

Hipóteses 3

Objectivos: geral e específicos.....3

Delimitação e limitação.....3

Justificativa.....4

Estrutura do trabalho.....5

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....6

2.1. Definições dos termos e conceitos.....6

2.1.1. Prevalência.....6

2.1.2. Gravidez Ectópica.....6

2.1.3. Gravidez.....7

2.1.4. Adolescência.....9

2.2. Contextualização: gravidez ectópica.....10

2.2.1. Etiologia.....11

2.2.2. Patologia.....13

2.2.3. Principais causas de gravidez ectópica.....14

2.2.4. Tipos de gravidez ectópica.....15

2.2.4.1. Abdominal.....15

2.2.4.2. Ovárica.....16

2.2.4.3. Cervical.....16

2.2.4.4. Cicatriz cesariana.....17

2.2.4.5.Tubária.....17

2.3. Sintomas mais comuns de uma gravidez ectópica……..19

2.4. Factores de risco para o desenvolvimento de uma gravidez ectópica.....19

2.5. Principal método de diagnóstico para uma gravidez ectópica.....20

2.6. Diagnóstico clínico.....21

2.6.1. Quadro clínico.....21

2.6.2. Factores de risco.....22

2.6.3. Exames subsidiários.....22

2.7. Diagnóstico laboratorial.....23

2.7.1. Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (hCG) 24

2.7.2. Dosagem sérica de Progesterona.....25

2.7.3. Ultrassonografia pélvica..... 26

2.8. Tratamentos mais comuns para uma gravidez ectópica.....27

2.8.1. Tratamento cirúrgico.....27

2.8.2. Tratamento Clínico.....27

2.9. Metotrexate sistémico.....28

2.10. Metotrexate por injecção directa.....30

2.11. Metotrexate por cânula intratubária.....30

3. METODOLOGIA DE PESQUISA.....32

3.1. Tipo de pesquisa.....32

3.2. Modelo de abordagem.....32

3.3. Nível de estruturação de método.....32

3.4. Variaveis.....34

3.5. Técnicas e instrumentos de coleta de dados.....34

3.6. Unidade de análise do estudo.....35

3.7. População e amostra.....36

3.8. Critérios de inclusão e de exclusão.....36

3.9. Critérios de ética.....36

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....37

4.1. Apresentação e Interpretação dos resultados.....37

4.2. Taxa de prevalência da gravidez ectópica em adolescentes.....44

4.3. DISCUSSÃO.....45

5. CONCLUSÃO.....48

6. SUGESTÃO.....49

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....50

8. APÊNDICE.....55

9. ANEXOS.....56

INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica é considerada como um problema em saúde pública, pois esse tipo de gestação pode ocasionar complicações futuras para uma nova gravidez, e se agravar causando até mesmo a morte materna. Ocorre em diversos locais como nas tubas uterinas, ovários, colo uterino e cavidade abdominal.

No geral, a prevalência de gravidez ectópica gira em torno de 1% a 2% das gestações, e está associada a morbidade e mortalidade significativas, sendo responsável por aproximadamente 75% das mortes maternas no primeiro trimestre e por 9% de todas as mortes relacionadas à gravidez (ALBUQUERQUE, M. A., et al., 2023, p. 1).

É uma doença hemorrágica, quando acontece no primeiro trimestre de gestação, manifestando-se frequentemente por quadro de dor abdominal ou pélvica aguda com colapso do sistema circulatório culminando em hemorragia interna e necessita de uma urgência no diagnóstico com assistência especializada.

Dentre os factores de risco, podemos destacar tabagismo, infecções sexualmente transmissíveis, como doença inflamatória pélvica e infecção por Chlamydia trachomatis; número de parceiros sexuais; uso de dispositivo intrauterino (DIU), podendo estar relacionado ainda com histórico de gravidez ectópica, de cirurgia ginecológica, infertilidade, histórico de placenta prévia, fertilização in vitro, anomalias congênitas do útero, questões hormonais hipotireoidismo e hipertireoidismo (Idem., 2023).

O tratamento para gravidez ectópica, no passado, era sempre cirúrgico. Actualmente, em casos bem selecionados, pode-se adotar o tratamento clinico e até a conduta expectante. Diante disso, diversas opções de tratamento podem ser utilizadas. O tratamento conservador é feito com o uso do metotrexato (MTX), podendo ser indicado como primeira opção de tratamento.

Por ser uma condição potencialmente grave e em muitos casos um desafio, é importante realizar o diagnóstico precoce da gravidez ectópica, preferencialmente antes da rotura tubária. O diagnóstico tardio é um factor de risco de ruptura ectópica

que pode estar associada à perda torrencial de sangue. Portanto, a hemorragia é a principal razão pela qual é uma das principais causas de mortalidade em mulheres com ou sem sangramento vaginal, que pode ser subtil ou maciço.

O atendimento humanizado e adequado frente aos casos de gravidez ectópica se faz necessário para evidenciar a importância da enfermagem nesse atendimento, sabendo que o primeiro contacto com a paciente é da enfermagem e a junção do diagnóstico precoce e a conduta dos profissionais antes da ruptura da tuba uterina reduz de forma espantosa a mortalidade materna ocasionada pela gravidez ectópica.

A assistência de enfermagem está voltada para a avaliação da paciente, anamnese, verificação de exames solicitados e dos sinais vitais, fornecer informações a paciente sobre prevenção de infecções e verificação do sangramento e dor, além de aspectos psicossociais, dentre outras.

O presente estudo objectivou verificar a prevalência de gravidez ectópica em adolescentes no Hospital Municipal do Sambizanga II trimestre do ano de 2023.

Identificação do Problema

Problema é uma questão que envolve intrinsecamente uma dificuldade teórica ou prática, para a qual se deve encontrar uma solução". A primeira etapa de uma pesquisa é a formulação do problema, que deve ser na forma de perguntas (Oliveira, 2021, p. 43).

Tendo em conta que a gravidez ectópica é considerada como um problema em saúde pública, pois ocasiona complicações futuras para uma nova gravidez, e se agravar causa a morte materna, com isso, apresentou-se a seguinte pergunta de partida:

O que está na base da prevalência da gravidez ectópica em adolescentes no Hospital Municipal do Sambizanga II trimestre de 2023?

Hipóteses

É uma proposição antecipatória à comprovação de uma realidade existencial (Trujillo, 2015).

H1: O número de parceiros sexuais promove as DSTs e uso de contraceptivos de emergência que por excesso, está na origem de gravidez ectópica em adolescentes.

H2: A doença inflamatória pélvica está na base da prevalência de gravidez ectópica em adolescentes no Hospital Municipal do Sambizanga II trimestre de 2023.

H3: O atendimento humanizado frente aos casos de gravidez ectópica se faz necessário, pois o diagnóstico precoce e a conduta dos profissionais antes da ruptura da tuba uterina reduz a mortalidade materna ocasionada pela gravidez ectópica.

Objectivos: geral e específicos

a). Objectivo geral

- Compreender a Gravidez Ectópica de acordo uma literatura, sua etiologia, consequências, prevenção e tratamento, bem como sua incidência e prevalência no mundo.

b). Específicos

- Identificar os factores determinantes de gravidez ectópica em adolescentes;
- Analisar a faixa etária mais afectada pela gravidez ectópica no Hospital Municipal de Sambizanga;
- Verificar a taxa de prevalência de gravidez ectópica em adolescentes no Hospital Municipal de Sambizanga, durante o II trimestre de 2023.

Delimitação e limitação

A delimitação é a especificação do tema levada em conta para evitar generalizações impróprias e inadequadas do resultado (Adriana & Dorivaldo,2018).

Delimitação: O estudo foi delimitado no Hospital Municipal do Sambizanga II Trimestre De 2023.

Limitação: A nossa pesquisa foi limitada aos Profissionais do Hospital Municipal do Sambizanga**.**

Justificativa

A gravidez ectópica é um problema de saúde pública. Pois, essa patologia incide em cerca de 1,5 a 2% das gestações e configura um risco a vida da paciente. Outrossim, porque a hemorragia secundária a gravidez ectópica rota é uma das principais causas de mortalidade materna no primeiro trimestre de gravidez, sendo responsável por 4% de todas as mortes relacionadas a gestação.

É de suma importância realizar um estudo epidemiológico para determinar a prevalência e a incidência de gravidez ectópica, torna-se possível viabilizar a possibilidade de realizar medidas para intervenção.

A importância deste estudo é de contribuir para enriquecimento do saber científico e académico dos estudantes e profissionais de enfermagem. E como justificativa social: auxiliar as famílias de adolescentes que buscam entender mais sobre a sintomatologia de gravidez ectópica, inferir neste tipo de situação e como agir neste momento em que a adolescente está vulnerável. O estudo justifica-se pelo facto do mesmo ser de extrema importância por várias razões: identificar riscos e complicações, assim, entender a prevalência desse tipo de gravidez em adolescentes, podemos identificar os factores e risco e as possíveis complicações associadas. Isso permite que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias e intervenções adequadas para prevenir e tratar essa condição.

A nível teórico: foi abordado conteúdo sobre a prevalência, Conceito de gravidez Ectópica, Causa de gravidez Ectópica, Consequência e tratamento de gravidez Ectópica.

A nível prático: foi possível promover a consciencialização: divulgar informações sobre a prevalência da gravidez ectópica em adolescente, poderemos demonstrar técnicas tabelas e gráficos no nosso trabalho.

A nível académico e social: Este estudo contribuirá para a literatura médica existente, fornecendo conhecimentos actualizados sobre a prevalência de

gravidez ectópica em adolescentes na região de Luanda, Angola. Espera-se que os resultados obtidos ofereçam uma base sólida para intervenções médicas e educacionais direccionadas, visando a diminuição dos riscos associados a essa condição e o aumento da conscientização sobre cuidados reprodutivos seguros nessa população.

Estrutura do trabalho

Em termos de estrutura, o trabalho possui fundamentalmente quatro capítulos:

No primeiro capítulo que é a introdução apresenta a problemática, isto é, o problema pretendido compreender e solucionar, onde apresentamos a pergunta de partida, a importância do estudo; os objectivos (geral e específico) pretendidos serem alcançados e a delimitação do campo de estudo.

No segundo capítulo (fundamentação teórica) faz-se a caracterização da gravidez ectópica em geral , com abordagens sobre suas manifestações, causas, modelos de explicação, consequências, tratamento e medidas de prevenção.

No terceiro capítulo apresentou-se a metodologia usada para elaboração e alcance dos resultados propósitos, os participantes na pesquisa, instrumentos utilizados, procedimentos adoptados.

No quarto capítulo, são descritos os resultados do estudo,sua análise e interpretação, bem como a discussão dos resultados. Finalmente, vem a conclusão do trabalho, as referências bibliográficas, apêndice e anexos.

CAPÍTULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Definições dos termos e conceitos

Para a fundamentação teórica do nosso trabalho buscamos fontes de grande relevância atinentes ao tema em questão, nesta senda, é abonatório salientar que começamos por conceituar os termos chaves do nosso trabalho.

1.1.1. Prevalência

A prevalência é um conceito utilizado em epidemiologia para descrever a frequência de uma doença ou condição de saúde em uma determinada população. De acordo com Fletcher (2014, p. 12) a prevalência é normalmente expressa como uma fracção ou percentagem do total da população em estudo.

Todavia, pode-se definir a prevalência como uma frequência de uma condição ou doença em uma determinada porção de indivíduo em determinado espaço e tempo.

1.1.2. Gravidez Ectópica

A gravidez ectópica é aquela que ocorre quando o óvulo fertilizado implanta-se fora do útero, geralmente em uma das trompas de Falópio[1]. De acordo com Montenegro (2019, p, 23), a gravidez ectópica é aquela em que o óvulo se fixa em local inadequado, e isso pode ser perigoso para a mulher. Deste modo, a maioria das gravidezes ectópicas ocorre nas trompas de Falópio, mas podem ocorrer em outros locais como ovários, no abdómen ou no colo do útero. Ademais, apraz-nos dizer que os sinais de gravidez ectópica podem variar como dor abdominal intensa e irregular, sangramento vaginal anormal, tontura e baixa pressão.

[1] As trompas de Falópio ou tubas uterinas são dois canais ligados ao útero que compõem o aparelho reprodutor feminino. Elas têm funções importantes no processo reprodutivo, como: capturar o óvulo que foi liberado do ovário durante a ovulação; transportar os espermatozoides até o óvulo, para que ocorra a fecundação dentro de uma das tubas uterinas; é o local onde o óvulo e espermatozoide formam o zigoto; fazer o transporte do embrião ao útero, para que ocorra a implantação na parede interna do útero. Elas têm cerca de 10cm cada de comprimento cada e são revestidas de pequenos cílios. Ela é formada por 4 partes: intramural, istmo, ampola (onde ocorre a fecundação natural) e infundíbulo (Maia, 2009).

1.1.3. Gravidez

Durante o ciclo ovariano temos a acção hormonal com a função de preparar o corpo feminino para uma possível fertilização. Cada mulher vive sua gravidez de forma diferente, algumas sem sintomas, enquanto outras aceitam com dificuldade as transformações físicas inevitáveis impostas pelos harmónios (Garcia, 2019).

A gravidez é promovida também por uma série de eventos associados aos hormônios, iniciando-se com a maturação do ovócito nos ovários, que é a célula germinativa ou sexual feminina. No momento da ovulação, as extremidades fimbriadas da tuba uterina se aproximam do ovário.

A acção de varredura das fímbrias e a corrente de fluido produzida pelos cílios das células da mucosa das fímbrias levam o ovócito secundário para o infundíbulo afunilado da tuba. O ovócito passa para a ampola da tuba com auxílio dos movimentos alternados de contracção e relaxamento da parede da tuba em direcção ao útero (Moore & Persaud, 2018).

A maioria das mulheres iniciam seus ciclos ovarianos regulares mensalmente na puberdade, esses são regulados pelo harmónio Gonadotropin – Releasing Hormone (GnRH), o hormónio liberador de gonadotrofina, que é um polipeptídeo sintetizado pelo hipotálamo, tem acção sobre a hipófise e leva à liberação dos hormónios: hormónio luteinizante (LH) e o hormónio folículo-estimulante (FSH), esses estimulam e controlam as mudanças cíclicas no ovário (Sadler, 2017).

A fertilização é a união dos gametas masculino e feminino. Nos seres humanos a fertilização do óvulo pelo espermatozoide ocorre geralmente na ampola da tuba uterina, envolvendo processos de quimiotaxia do espermatozoide pelo óvulo através da acção hormonal.

No início da vida fetal as oogônios surgem na vida intrauterina, proliferando ainda no primeiro trimestre por mitose, no segundo duplicam o material genético na interfase e se diferenciam em ovócitos primários, esses entram na primeira divisão meiótica, mas a interrompem logo no início da prófase. Somente depois da puberdade, em cada ciclo que o ovócito primário retoma a meiose (Garcia, 2019). Com a chegada da puberdade, alguns folículos iniciam a maturação a cada ciclo (cerca de 15 a 20)

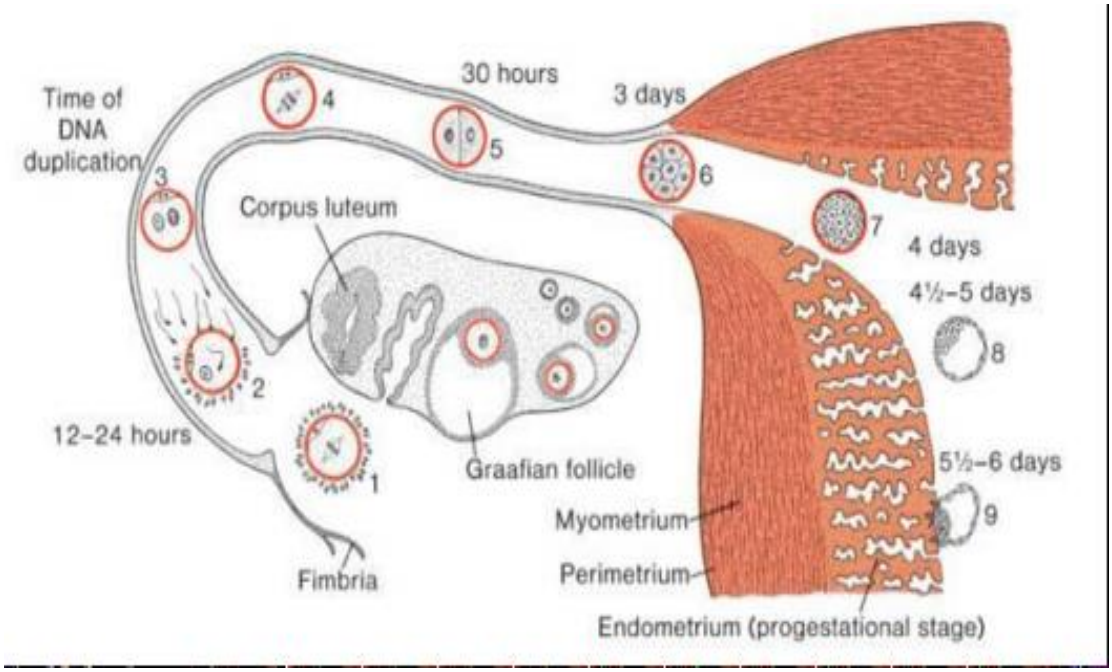
influenciados pelo harmónio folículo estimulante (FSH), porém somente um deles madura, terminando sua meiose.

A maturação desse folículo dá origem a um ovócito secundário e ao primeiro corpo polar. Essa divisão não ocorre igualmente, o ovócito secundário recebe quase todo o citoplasma na divisão, e o corpo polar muito pouco, esse corpo polar é uma célula pequena, tendo a função de secretar progesterona e tornar o ovócito secundário uma célula haplóide.

No final do desenvolvimento do folículo secundário, ocorre um aumento do hormônio luteinizante (LH), estimulando esse folículo a iniciar a meiose II (porém ela ocorre apenas até a metáfase), em que ocorre a expulsão do folículo pelo ovário, pois o LH também estimula a actividade da colagenase, que digere as fibras de colágeno que envolvem o folículo, e também há liberação de progesterona, responsável pela atracção do espermatozóide, sendo que essa segunda meiose só é concluída após a fecundação (Sadler, 2017)

A fecundação pode ocorrer durante um período de tempo viável, chamado de período fértil, compreendido entre 12 e 24 horas, se não fertilizado o óvulo começa a se desintegrar e é fagocitado. Após a fecundação do óvulo nas tubas, ocorre uma movimentação até o útero para o transporte do o zigoto em clivagem. O blastocisto ao chegar ao útero, se fixa em uma das suas paredes em até oito dias após a fecundação e a esse processo dá-se o nome de nidação, ou seja, a fixação do blastocisto no útero. Após a nidação se iniciam outros processos de forma a permitir uma gravidez, (Moore & Persaud, 2018).

Figura 1 – Período pré-embrionário: processo de implantação do blastocisto. Começando pela expulsão do ovócito (1), fecundação (2), processos de divisão celular (3 a 8) e implantação no endométrio (9).



Fonte: Período pré-embrionário (Sadler, 2017)

Sadler (2017) na figura 01, demonstra desde a imediata expulsão do ovócito (1), posteriormente de doze a vinte e quatro horas, que é o tempo viável para o ovócito, ocorrendo a fecundação (2) e término da meiose II. Estágios dos prónúcleos masculino e feminino (3), inicia-se a duplicação do DNA e ocorre a primeira divisão (4). E então já temos o zigoto formado. Após trinta horas chega à fase de duas células, chamadas também de blastômeros (5). Após oitenta horas (cerca de três dias) já é uma mórula contendo por volta de doze a dezesseis blastômeros (6). Com aproximadamente quatro dias a mórula já está em estado avançado e alcançando o útero (7). Após mais doze horas a zona pelúcida começou a ser digerida e temos o embrioblasto ou blastocisto em estágio inicial (8). E com aproximadamente seis dias inicia a implantação do blastocisto, processo chamado também de nidação (9).

1.1.4. Adolescência

Adolescência é um termo que deriva da palavra latina e significa crescer, desenvolver, é uma etapa intermédia do crescimento humano que decorre entre a infância e a fase adulta. Adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta e que de estende dos 13 aos 18 anos (Davidoff, 2022, p. 464).

Growth (2021) acrescenta que adolescência a transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objectivos relacionados às executivas culturais da sociedade em que vive.

Adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e a sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência económica, além da integração em seu grupo social.

1.2. Contextualização: gravidez ectópica

Uma gravidez ectópica é a implantação e o desenvolvimento do óvulo fertilizado fora da cavidade uterina, como é o normal, tratada como uma doença relacionada ao primeiro mês das gestações, sendo responsável por uma das principais causas do sangramento neste período (Correia, at al. 2016, p. 25).

Desta forma, a gravidez geralmente é uma gestação sem futuro, que não pode ser levada até ao fim, portanto o embrião necessita ser removido para salvar a vida da mulher, sendo necessário o acompanhamento constante de um ginecologista para assegurar a boa saúde da mulher. Caso não ocorra a retirada e o acompanhamento, há risco de surgir hemorragias internas devido à ruptura tubária (Camano, 2019).

Gravidez ectópica ou ectociese é uma patologia caracterizada pela implantação do óvulo fertilizado em lugar diverso da cavidade endometrial.

> Com base nestes e em outros estudos, existe um consenso entre a maioria dos autores, que a Incidência desta patologia é de aproximadamente 1,4% de todas as gestações, modificando-se de acordo com a situação epidemiológica local, podendo variar entre 0,3‹ e 1,5%. A incidência varia também de acordo com o nível sócio-económico da população estudada e do tipo de serviço hospitalar, não se observando predisposição racial, (Correia, at al. 2016, p. 25).

Assim, é importante realçar que a evolução de uma gravidez ectópica é incerta, com possibilidade de reabsorção trofoblástica, progressão ocasional até idades gestacionais mais avançadas, passando pela hipótese de ruptura tubária e possível óbito materno.

> Factores funcionais como o próprio envelhecimento e as drogas hormonais indutoras da ovulação e a progesterona que é usada em anticoncepcionais orais, na anticoncepção hormonal de emergência (pílula do dia seguinte) e o dispositivo intrauterino (DIU) contendo progesterona podem ser os causadores da gravidez ectópica, pois podem diminuir a motilidade das fibrilas da tuba (Corleta & Kalil, 2021, p. 37).

Moore e Persaud (2018) relatam que a GE pode sofrer interrupção por ruptura entre 6 e 12 semanas, dependendo do local onde o blastocisto faz a nidação. Quanto menor o calibre do segmento em que estiver implantado, maiores e mais cedo são as chances da ruptura ocorrer. Ressaltam ainda que 95 a 98% das implantações ectópicas ocorrem na tuba uterina.

Deste modo, com o aumento do uso das técnicas de reprodução assistida pode ocorrer a gravidez heterotópica, a qual ocorre simultaneamente uma gravidez intrauterina com uma ectópica. Pode ocorrer em gestações espontâneas, mas na reprodução in vitro a incidência é mais comum. Estima-se que cerca de 1% dos casos de ectópica seja uma heterotópica. Porém, metade dos casos somente é diagnosticada após a ruptura tubária, (Fernandez & Gervaise, 2019).

1.2.1. Etiologia

A condição mais importante que predispõe à uma gravidez ectópica é a saipinglte crónica preexistente, comumente de origem gonocócica (Robbins, R. S., & Kumar, 2016). Outros factores predisponentes incluem aderências perturbarias devidas a apendicite ou endometriose, leiomlomas, cirurgias, anteriores, tumores tubários benignos.

Porém, cerca de 50% ocorrem em trompas que são aparentemente normais. Hipóteses levantadas para explicar estes casos seriam distúrbios funcionais tubários, atraso na ovulação e até mesmo o uso de DIU, (Corleta & Kalil, 2021).

Certamente a doença inflamatória prévia é a principal responsável por um dano anatómico macroscópico - estruturas da pélvis - ou microscópico, levando a lesão no endotélio ciliar da tuba, provocando uma diminuição da mobilidade ciliar e da velocidade da passagem do óvulo fertilizado (Corleta & Kalil, 2021) Alguns autores

apresentaram estudos demonstrando histoiogicamente que a saipinglte crónica era a lesão mais observada em pacientes portadores de gravidez ectópica.

Outros sugerem a associação significativa entre a gravidez ectópica e a Chlarnycfia considerando esta como um dos principais causadores de dano tubário, o que levaria à gravidez ectópica (White, 2016). Existe um consenso na literatura que, após uma doença inflamatória pélvica, a gravidez ectópica é encontrada 4 a 10 vezes mais como complicação da mesma. Já as cirurgias pélvicas podem levar a danos anatómicos e a formação de aderências.

A falha de métodos contraceptivos como a ligadura tubária, permitindo a formação de um pertuito para a cavidade, e a presença de um dispositivo intrauterino (D.I.U.), como causas de gravidez ectópica também são aventadas na literatura bem como o uso de hormónio terapia, levando a diminuição da mobilidade tubária (Banson, 2017).

Com a frequência do local de implantação, podemos ter uma gravidez ectópica: 1 - Tubária: Ampolar, infundibular, Ístmica, intersticial e Bilateral. 2 - Abdominal. 3- Ovariana. 4- Cervical. 5 - Mista: Extra e intrauterina concomitantemente (Brito, 2018).

Qualquer retardo na passagem do óvulo para a cavidade endometrial predispõe a uma gravidez ectópica e cerca de 50% dos casos são motivados por lesões inflamatórias (Banson, 2017).

> Os factores tubários podem ser aderências perturbarias, tumores pélvicos, ou tortuosidades nas trompas. Já a gravidez abdominal pode ser primaria - quando o óvulo fecundado implanta-se inicialmente na cavidade abdominal - ou, mais raramente, secundária a rotura de uma gravidez tubaria com o trofobiasto mantendo a sua inserção tubaria ou todo o ovo reimplantado em outro local após a rotura. A frequência de gravidez abdominal é de 1 para cada 15.000 gestações com um índice de mortalidade fetal de aproximadamente 90%.
>
> (Camano, 2019, p. 63)

A existência de gravidez ovariana pode se dar pela fecundação de um óvulo preso ou apenas parcialmente expelido, por transmigração do ovo ou implantação anormalmente precoce.

A gravidez cervical é rara, e ocorre por definição, com a implantação do óvulo abaixo do orifício interno, ocorrendo invariavelmente aborto espontâneo com hemorragia intensa.

A gravidez intra e extrauterina concomitante ocorre aproximadamente em 1 para cada seis a sete mil gestações. Como regra, a extra-uterina aborta e a intrauterina pode chegar ao termo (Carvalho G. , 2015).

1.2.2. Patologia

No que concerne a patologia, é importante dizer que Breen em 1970, em uma série de 654 gestações ectópicas, estudada por 14 anos, observou que 97,70% foram tubárias, 1,40% abdominais e menos de 1% ovarianas e cervicais. Das tubárias, a grande maioria (81%) ocorreu na ampola, enquanto que 12% foram ístmica e 5% nas fímbrias.

> Após a implantação do ovo junto a endosalpinge, o trofobiasto invade a lâmina própria e a muscular, crescendo entre a luz da trompa e o peritónio. Devido ao espaço limitado para o crescimento e a nutrição inadequada, não existe um crescimento adequado do tecido trofoblástico na maior parte das gestações ectópicas. Assim a produção de Gonadotrofina Coriónlca Humana (HCG) não é tão acentuada e os níveis de progesteronas não são mantidos. São suficientes, porém, para resultar em uma reacção endometrial. (Correia, Silva, Barros, & Marques, 2016, p. 162)

Do ponto de vista anatomo-patológico, a gravidez ectópica pode ser primária ou secundária. É primária quando a nidação se faz e, prossegue em um único local; é secundária quando após implantar-se em um local, desprende-se e vai continuar o desenvolvimento em outro local.

Assim, a gravidez ectópica pode evoluir para abortamento tubário, quando ocorre descolamento do ovo para a cavidade peritoneal; para rotura tubária, quando da sua Implantação istmica, ocorrendo rotura entre 4 e 12 semanas de gestação, podendo ocorrer hemorragia intra-abdominal ou intra-ligamentar; pode ainda reabsorver espontaneamente -cerca de 1/3 dos casos, ou cursar com situações mais raras que são a evolução para uma forma secundária, o desenvolvimento do ovo *in situ* ou ainda a degeneração molar.

Na visão do mesmo autor a gravidez ectópica abdominal representa cerca de 1% das gestações ectópicas. Apresenta um risco de morte materna 7,7 vezes maior que o da gravidez tubária e 90 vezes maior que as gestações tópicas. (Garcia, 2019)

No entender de Carvalho (2015) o ovo pode implantar-se em qualquer ponto do abdome ou nos Órgãos revestidos pelo peritônio visceral. Alguns autores à classificam de acordo com a idade gestacional em precoce, quando tem menos de 20 semanas, e tardia quando tem mais de 20 semanas de idade gestacional, devendo a viabilidade fetal ser levada em conta nestas situações, para fins terapêuticos.

1.2.3. Principais causas de gravidez ectópica

Vários factores se associam ao aumento de risco para gravidez ectópica durante a vida reprodutiva. Dentre eles são citados o uso de DIU (RR 11,9) e de citrato de clomifeno (RR 10,0), antecedente de cirurgia tubária (RR 5,6) e de doença inflamatória pélvica (RR 4,0) entre os que mais contribuem para o risco relativo. Outros factores são citados, como infertilidade, aborto induzido, aderências pélvicas, cirurgias abdominais, malformações uterinas, miomas e contraceptivos de progestágenos (Marchbanks & Aneger., 2019).

Em estudo recente com populações europeias, entre os mais importantes factores de risco para GE foram citados o antecedente de doença pélvica infecciosa e o hábito de fumar, e contribuíram outros factores como a infertilidade, abortos espontâneos e uso de DIU (Bouyer, Coste, Shojaei, Pouly, Fernandez, & Gerbaud, 2020).

A gestação ectópica é considerada uma das complicações possíveis após infecção de trato reprodutivo A doença inflamatória pélvica (DIP) é factor de risco importante na população e constitui complicação de uma DST. Após a infecção do trato genital inferior feminino pela *Neisseria gonorrhoeae e/ou Chlamydia thrachomatis* existe inicialmente quadro de cervicite, diagnosticada pela presença de secreção mucopurulenta pelo orifícioexterno do colo uterino, juntamente com processo inflamatório local, podendo ser acompanhado por dor pélvica crônica ou dispareunia. A ascensão do processo infeccioso do cérvice ao aparelho reprodutivo alto, causando

salpingite, hidrossalpinge e abscesso ovariano, denomina-se DIP (Fernandes, Ribeiro, Morais, Moura, Cellero, & Yamada, 2017).

Essa evolução é insidiosa, na maior parte das vezes pouco ou nada sintomática, fazendo com que poucas mulheres busquem tratamento. O consequente dano parcial ou completo das tubas de Falópio permite que essas mulheres, no futuro, vivenciem como sequela gravidezes ectópicas, esterilidade definitiva e/ou dor pélvica crônica. O controlo da infecção, tanto por sua prevalência quanto devido ao alto número de casos assintomáticos, tem custo alto (Camano, 2019).

Portanto, o aumento da incidência de gestação ectópica nos últimos anos tem sido atribuído ao crescimento de alguns factores de risco e ao aprimoramento dos métodos de diagnóstico. Os factores de risco são variados, podem ser considerados moderados ou altos, devido à incidência de casos. Os altos geralmente incluem: Idade entre 25 e 34 anos, infertilidade (risco 4 vezes maior), doenças sexualmente transmissíveis (especialmente Chlamydia trachomatis), antecedente de laqueadura ou reconstrução tubária, paciente usuária de dispositivo intrauterino (DIU) e endometriose (Montenegro & Filho, 2018).

1.2.4. Tipos de gravidez ectópica

A classificação da GE varia de acordo com a localização de implantação do blastocisto. A tubária é a mais frequente, sendo que as não tubárias representam cerca de 10%. Como a tubária é a mais comum, as outras implantações são consideradas atípicas, sendo entre elas mais frequentes a abdominal, a ovárica e a cervical. Há casos também de GE na cicatriz cesariana, é extremamente raro, porém existente (Elito, 2016, p. 16).

1.2.4.1. Abdominal

Os blastocistos podem ser desviados para dentro da cavidade peritoneal, onde comumente se implantam na bolsa retrouterina. Em casos extraordinários, uma gravidez abdominal pode chegar até a continuar e o feto pode ser removido através de incisão (Bouyer, Coste, Shojaei, Pouly, Fernandez, & Gerbaud, 2020).

Entretanto, geralmente cria uma condição séria, pois a placenta pode aderir aos órgãos abdominais e causar sangramento intraperitoneal. Em casos muito raros, o concepto abdominal morre e não é detectado e o feto se calcifica. “Vale ressaltar que a gravidez abdominal aumenta consideravelmente o risco de morte materna quando comparada a uma gravidez intra-uterina” (Persaud, 2018, p. 16)

1.2.4.2. Ovárica

A gravidez ovariana representa 0,15% dos casos de GE. Pode acontecer se a fecundação suceder a expulsão ovariana do óvulo, devido a alterações da função na captação do óvulo ou processos aderências e/ou inflamatórios. Geralmente o tratamento adoptado é cirúrgico que consiste na remoção total ou parcial do ovário (Haldar, 2021, p. 16).

1.2.4.3. Cervical

A GE cervical é uma situação extremamente rara e pode trazer problemas para a paciente, pois estes casos podem evoluir para hemorragias profusas, perda da fertilidade e em alguns casos pode resultar em morte. A histerectomia tem sido o tratamento definitivo em aproximadamente 70% dos casos.

Na implantação cervical podem ocorrer hemorragias importantes visando que se trata de uma região do órgão que é muito vascularizado e pobre em musculatura. Casos não diagnosticados e não tratados na sua fase inicial podem se transformar em catastrófica emergência obstétrica coroada por hemorragia intensa.

Para preservar a fertilidade, é importante realizar o diagnóstico o mais cedo possível, e a ultrassonografia é o principal método usado nestas circunstâncias (Elito, Mary, & Camano, 2019, pp. 16-17).

1.2.4.4. Cicatriz cesariana

Os efeitos adversos que a cicatriz uterina por cesariana prévia pode trazer são demonstrados com o aumento da frequência de placenta prévia, acretismo placentário, GE no nicho cicatricial e rotura uterina (Ash, Smith, & Maxwell, 2017).

> A GE na cicatriz cesariana é a mais rara dentre os tipos, são poucos casos descritos, 112 casos até o ano de 2006. É considerada grave devido ao risco de sangramento maciço por ruptura uterina, também podendo levar a histerectomia que anula qualquer futura gestação (Arruda & Camargo, 2018, p. 17).

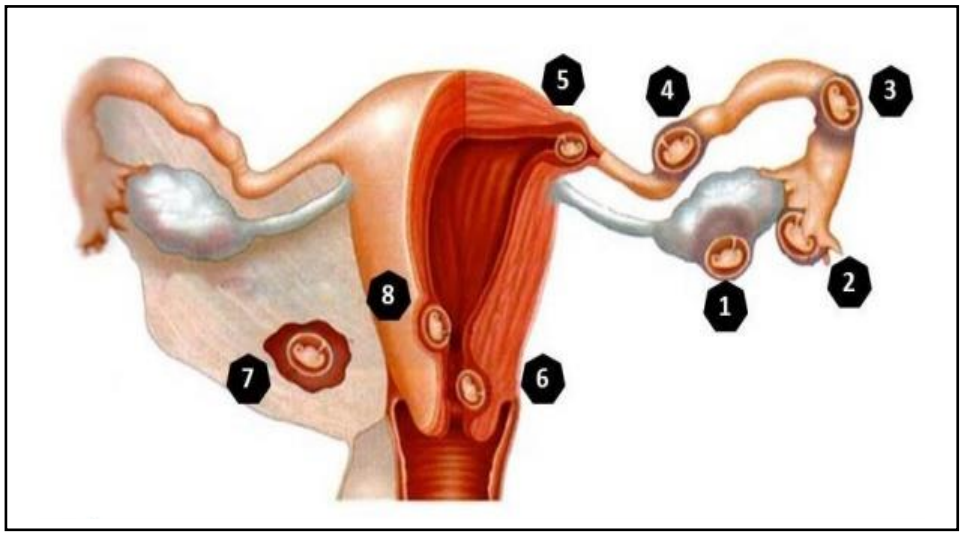
Em relação à implantação do blastocisto, ela ocorre no interior da cicatriz de cesariana, circundado por miométrio e tecido conjuntivo, separado da cavidade endometrial (Coutinho, Coutinho, & Coutinho, 2020, p. 17).

Ocorrem dificuldades no diagnóstico já que o quadro clínico não é específico principalmente em relação ao abortamento espontâneo que pode ocorrer. Algumas opções de tratamento conservador (medicamentoso) vêm sendo descritas na literatura para preservar a fertilidade das mulheres, embora não haja consenso sobre a melhor modalidade de tratamento (Coutinho, Coutinho, & Coutinho, 2020, p. 17).

1.2.4.5.Tubária

A tubária é subclassificada de acordo com o local de implantação do blastocisto, podendo ser ampular, ístmica, fimbrial e intersticial. Já a extra tubária pode ser maturada na região abdominal, ovárica e cervical.

Figura 2 – Possíveis locais de implantação do blastocisto em diferentes regiões anatômicas, classificando a gravidez ectópica, sendo elas: ovariana (1); fimbrial (2); ampular (3); ístmica (4); cornual (5); cervical (6); abdominal (7); e na cicatriz cesariana (8).



Fonte: Adaptado de Cunningham et al. (2021)

Podemos observar na figura 02, os locais em que o blastocisto pode se fixar. De acordo com o local implantando a GE é classificada, podendo ser ovariana (1), que ocorre dentro do ovário; fimbrial (2), que ocorre nas fimbrias; ampular (3), que ocorre na porção de maior calibre da tuba, também sendo a mais comum; ístmica (4) ainda na tuba uterina, mas quase na porção final; cornual (5), na porção final da tuba, alguns autores consideram intersticial, pois o blastocisto acaba invadindo a parede da cavidade uterina; cervical (6) se localiza na região cervical, logo acima do colo do útero; abdominal (7), quando o blastocisto acaba migrando para a cavidade abdominal; e na cicatriz cesariana (8), quando se implanta dentro da cicatriz da cesárea.

Existem várias possíveis causas da gravidez tubária, elas estão frequentemente relacionadas com factores que podem atrasar ou impedir o transporte para o útero do zigoto em clivagem. Sendo que os danos nas tubas uterinas é a causa mais comum da GE. Um óvulo fertilizado pode ficar estacionado em uma área danificada de uma tuba e começar a crescer. Os sinais e sintomas de gravidez tubária não são diferentes de uma gravidez normal, mas pode ocorrer desde dor abdominal e sensibilidade por causa da distensão da tuba uterina até sangramento anormal e irritação do peritônio abdominal (Persaud, 2018, p. 18).

1.3. Sintomas mais comuns de uma gravidez ectópica

As manifestações clínicas típicas geralmente aparecem entre a sexta e oitava semana após o período da última menstruação normal, mas pode ocorrer mais tardiamente, principalmente na prenhez ectópica não tubária. Desconfortos da gravidez normal, como sensibilidade mamária, polaciúria, náuseas, podem ocorrer concomitantemente (Tulandi, 2019, p. 72).

Entende o mesmo autor (2019, p. 72) que a tríade sintomática típica inclui: sangramento vaginal e dor abdominal após período de amenorreia, quadro este confundível com abortamento espontâneo.

Deve-se suspeitar de prenhez ectópica em qualquer mulher em idade reprodutiva com esses sintomas, especialmente naquelas que tem algum factor de risco. O exame físico poderá revelar dor, defesa e/ou dor à descompressão a palpação abdominal e dor a mobilização uterina e de anexos, assim como massa anexial ao toque vaginal, (Tulandi, 2019, p. 73).

Embora o exame físico seja de extrema valia, este, em pacientes com gestações ectópicas iniciais e não rotas, pode ser normal e a gestação extrauterina ser descoberta apenas como um achado casual à ecografia.

Para Douglas (2021) na presença de sinais de choque suspeita-se de ruptura tubária, podendo resultar em hemorragia intra-abdominal severa, a qual limita as opções de tratamento e aumentam a morbimortalidade materna.

1.4. Factores de risco para o desenvolvimento de uma gravidez ectópica

O aumento da incidência de gestação ectópica nos últimos anos tem sido atribuído ao crescimento de alguns fatores de risco e ao aprimoramento dos métodos de diagnóstico (Bouyer, Coste, Fernandez, Pouly, & Job-Spiran, 2017, p. 20).

> Os factores de risco são variados, podem ser considerados moderados ou altos, devido à incidência de casos. Os altos geralmente incluem: Idade entre 25 e 34 anos, infertilidade (risco 4 vezes maior), doenças sexualmente transmissíveis (especialmente Chlamydia trachomatis), antecedente de laqueadura ou reconstrução

> tubária, paciente usuária de dispositivo intrauterino (DIU) e endometriose (Montenegro, Desmarais, & Filho, 2013, p. 20).

Já os factores de risco moderados incluem: doença inflamatória pélvica (DIP), cirurgia tubária anterior, métodos anticoncepcionais, reprodução assistida, aborto induzido, distorções anatômicas e superovulação (Correia, Silva, Barros, & Marques, 2016, p. 20).

Alguns factores aumentam o risco de rotura: “história de dano tubário associado à infertilidade, indução da ovulação e altos níveis de beta hCG (harmónio gonadotrófico coriônico) (pelo menos 10.000 U/L) quando a GE é suspeitada” (Fróis, 2021, p. 20).

1.5. Principal método de diagnóstico para uma gravidez ectópica

O diagnóstico da GE deve ser realizado o mais cedo possível, antes que possa ocorrer uma lesão tubária, combinando a ultrassonografia transvaginal com a dosagem da fracção beta hCG, o diagnóstico o quanto mais cedo detectado, ajuda a reduzir riscos, além de melhorar o sucesso das condutas conservadoras (Elito, 2016, p. 31).

> É necessário saber como a gravidez se manifesta para que ela seja investigada e confirmada o quanto antes, e a mulher possa tomar os cuidados indispensáveis para a sua saúde e a do seu bebê o mais rápido possível. Vale ressaltar que algumas mulheres levam algum tempo para descobrir uma gestação, então a GE pode ser considerada uma urgência ginecológica, devido ao risco de comprometimento de estruturas, representando uma das principais complicações em gestações nas primeiras semanas (Haldar, 2021, p. 21).

Nesta senda, exames podem ser realizados para diferenciar uma gestação ectópica de outras possíveis doenças, tais como tumores, ameaça de aborto, infecções das trompas, apendicite e cisto de ovário torcido. A GE pode necessitar de uma cirurgia de emergência, então quanto mais precoce o diagnóstico, maiores são as chances de sucesso no tratamento (Corleta & Kalil, 2021, p. 21).

De modo geral, o reconhecimento desse tipo de gravidez é realizado através de exames como o ultrassom pélvico e acompanhamento dos níveis de hormônios séricos. É importante ressaltar o diagnóstico precoce para que seja definida a conduta médica adequada.

Nesta perspectiva, na maioria dos casos a gestação oriunda de uma GE não achega a se desenvolver, visando que as opções de tratamento variam de acordo com a localização e o desenvolvimento da GE (Elito, 2016, p. 21).

1.6. Diagnóstico clínico

Diagnóstico clínico é um processo analítico de detecção de doenças por meio da colecta de informações e avaliação do paciente**.** Geralmente, essa abordagem ocupa lugar de destaque na consulta médica e de outros profissionais de saúde, que tem início com a anamnese.

O diagnóstico da gestação ectópica é baseado na história clínica, dosagem da betagonadotrofina coriônica humana (β-HCG) e achados da ultrassonografia transvaginal. Esta combinação permite o diagnóstico precoce desta patologia, permitindo assim, opções terapêuticas menos invasivas e radicais.

1.6.1. Quadro clínico

No quadro clínico, é preciso dar ênfase, pela gravidade, à gravidez tubária complicada (aborto ou ruptura). A dor, sintoma principal, é sincopal e lancinante na ruptura tubária e em carácter de cólicas no aborto (Fernandes, Ribeiro, Morais, Moura, Cellero, & Yamada, 2017). Ou seja, o hemoperitônio que se estabelece acentua e generaliza a dor a todo o abdómen, com ocorrência de náuseas e vómitos. Em alguns casos, há dor escapular.

No exame físico geral, destacam-se sinais que caracterizam estado hipovolêmico: palidez cutáneo-mucosa sem perda sanguínea visível; taquicardia; e hipotensão arterial. No exame físico especial, podem-se evidenciar reacção peritoneu, descompressão brusca dolorosa e diminuição de ruídos hidroaéreos intestinais. No exame dos genitais internos, há intensa dor – grito de Douglas (sinal de Proust), (Coutinho, Coutinho, & Coutinho, 2020, p. 54).

O útero apresenta-se ligeiramente aumentado e amolecido e, nos anexos, tumoração palpável só é detectada em metade dos casos. Para evitar que a paciente evolua para quadro grave de abdómen agudo hemorrágico devido à ruptura tubária, é preciso atentar-se para a realização do diagnóstico precoce, ou seja, de gestação tubária íntegra.

Nessas situações, a história clínica é pouco esclarecedora, podendo, às vezes, cursar com a tríade clássica de dor abdominal, atraso menstrual e sangramento genital. O exame clínico, muitas vezes, não é elucidativo. Deve-se lançar mão de exames subsidiários, como a dosagem da fração beta do hormônio gonadotrópico coriônico (beta-hCG) e a ultrassonografia transvaginal (USTV).

1.6.2. Factores de risco

Pacientes com factores de risco como gravidez ectópica prévia, cirurgia tubária prévia (esterilização feminina, reanastomose tubária), infertilidade, doença inflamatória pélvica, endometriose, usuárias de dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepção de emergência e tabagismo devem receber cuidados especiais. (Elito, Montenegro, Soares, & Camano, 2017, p. 6).

1.6.3. Exames subsidiários

Na vigência de atraso menstrual, sangramento genital e/ou dor abdominal são sintomas sugestivos de gravidez ectópica. Nesses casos, Carvalho (2015) afirma que o diagnóstico precisa ser complementado com a realização de exames subsidiários como beta-hCG, USTV e, excepcionalmente, com curetagem (CTG) uterina, realizada com o objectivo de verificar a presença da reacção de Arias-Stella ou descartar o diagnóstico mediante a presença de restos ovulares.

A ultrassonografia no diagnóstico da gravidez ectópica deve ser realizada preferencialmente via transvaginal. O exame consiste em, primeiramente, analisar a cavidade uterina, com o intuito de descartar uma gravidez tópica pela visibilização do saco gestacional ou de restos ovulares. A USTV consegue visualizar o saco gestacional intrauterino com cinco semanas de atraso menstrual. Posteriormente, devem ser avaliados os ovários, procurando identificar o corpo lúteo, (Corleta & Kalil, 2021).

Por fim, o exame consiste em analisar a presença de massa anexial, que deve ser caracterizada conforme o seu aspecto (hematossalpinge, anel tubário e embrião vivo). É frequente o achado de líquido livre na cavidade peritoneal.

Para Hajenius, et. all. (2017)Em alguns casos em que o beta-hCG é positivo e a USTV não consegue identificar a localização da gestação, ou seja, não se visibiliza saco gestacional na cavidade uterina nem massa anexial, define-se como gravidez de localização desconhecida. Nessas situações, devem-se associar, na investigação, os valores quantitativos do beta-hCG, cujo valor discriminatório é 2.000 mUI/mL – ou seja, com valores superiores a este, a gestação intrauterina deveria ser confirmada à USTV.

> A ausência de imagem de gestação tópica com valores da beta-hCG acima da zona discriminatória é indicativa de gestação anormal, exceto nos casos de gravidez múltipla, mediante o risco de se interromper uma gestação viável, alguns protocolos aumentam o valor discriminatório da beta-hCG para 3500mUI/ml(3) Contudo, se os valores iniciais do beta-hCG forem inferiores aos da zona discriminatória e a USTV não visualizar gravidez tópica ou ectópica, é necessária a dosagem seriada do beta-hCG. Os valores do beta-hCG tendem a aumentar a cada 48 horas na gravidez tópica viável; o ritmo de evolução é o aumento de 35% ou mais dos valores do beta-hCG em dois dias (Barnhart, Guo, Cary, Morse, Chung, & Takacs, 2016, pp. 6-7).

Assim, a ausência de saco gestacional tópico com beta -hCG acima da zona discriminatória, ou com curva de evolução anormal, ou títulos em declínio, sugere uma gravidez inviável; na maioria dos casos, a USTV consegue distinguir a gravidez ectópica de um abortamento.

1.7. Diagnóstico laboratorial

Exame laboratorial é um conjunto de exames e testes realizados em laboratório de análises clínicas. A Ultrassonografia transvaginal (USTV) é o teste mais útil para determinar a localização da gestação. A visualização ecográfica extrauterina de saco gestacional com vesícula vitelínica ou embrião é diagnóstica de gestação ectópica, todavia esses achados estão presentes na minoria dos casos.

> Se o estudo de imagem não é diagnóstico, pode ser porque a gestação é ainda muito inicial para ser visualizada. Caso isso ocorra, é necessário realizar dosagem seriadas de β-HCG, até que atinja o limite discriminatório. O conceito de limite discriminatório do β-hCG, nível pelo qual o saco gestacional intrauterino é normalmente identificado na gravidez normal, situa-se em 1.500 mUI/ml. A ausência de saco gestacional intra-uterino juntamente com título de β-hCG maior que 1.500 mUI/ml são altamente sugestivo de gestação ectópica. (Montenegro & Filho, 2018, p. 47).

Se o estudo de imagem não é diagnóstico, pode ser porque a gestação é ainda muito inicial para ser visualizada. Caso isso ocorra, é necessário realizar dosagem seriadas de β-HCG, até que atinja o limite discriminatório.

O conceito de limite discriminatório do β-hCG, nível pelo qual o saco gestacional intrauterino é normalmente identificado na gravidez normal, situa-se em 1.500 mUI/ml. A ausência de saco gestacional intra-uterino juntamente com título de β-hCG maior que 1.500 mUI/ml são altamente sugestivo de gestação ectópica (Montenegro & Filho, 2018).

1.7.1. Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (hCG)

Na gravidez ectópica, a quantidade de beta hCG aparece atenuada, comparando com as gestações normais, em que os valores séricos dobram de valor a cada 48 horas, enquanto que em uma gestação inviável, o aumento, neste período de 48 horas, é de 66% (Marchbanks & Aneger., 2019, p. 43).

> Nos valores de beta hCG maiores que 2000 mUI/ml, na maioria das vezes é para ser encontrada na ultrassonografia a gravidez dentro do útero, e não for vista, tem grandes chances de ser uma gestação ectópica. Nos casos em que o beta hCG está abaixo de 2000 mUI/ml e no ultrassom não foi visualizado, é indicado que o beta hCG seja repetido a cada 2 dias (Elito, Mary, & Camano, 2019, p. 22).

A gonadotrofina coriônica ou beta hCG é um harmónio glicoproteico. E os ensaios que utilizam anticorpos específicos contra a subunidade de beta hCG permitem sua detecção e quantificação precisas em soro, urina e líquor (Pardini, 2016).

A dosagem de beta hCG, embora importante, pode estar ausente no momento do diagnóstico. “Recomenda-se que esse exame seja solicitado em todas as mulheres em idade fértil com dor abdominal, e é também utilizada no acompanhamento de viabilidade da gestação, sendo o método de maior sensibilidade” (Pardini, 2016, p. 22).

Secretado pelo sinciciotrofoblasto, que é a camada de células que invade o tecido conjuntivo endometrial, do pré-embrião, o beta hCG é detectado no sangue um dia após a implantação embrionária ou aproximadamente 8 dias após a ovulação.

“Níveis séricos medidos durante o atraso menstrual podem atingir valores iguais à 100UI/ml” (Ávila & Ferreira, 2021, p. 23).

Comumente o nível de beta hCG[2] dobra a cada 1,5 ou 3,5 dias, com curva ascendente nos casos de gravidez tópica, até chegar a um nível crítico e o saco gestacional intrauterino já pode ser observado. Em 10% a 15% das gestações intrauterinas viáveis apresentam duplicação anormal dos níveis.

Do ponto de vista de Koeppen & Stanton (2019, p. 23) “E ainda para a documentação de inviabilidade de uma gestação, faz se necessário que não haja nenhum aumento no valor sérico de beta hCG maior que 50% em um período de 48 horas”.

No entanto, quando não se trata de uma gestação normal, a duplicação e o aumento adequado dos títulos de beta hCG podem não ocorrer normalmente, neste caso é possível que seja uma gravidez intrauterina não viável ou então ectópica.

1.7.2. Dosagem sérica de Progesterona

A progesterona sérica aumenta precocemente na evolução da gestação, e os baixos níveis deste hormônio podem indicar GE ou abortamento inevitável. No entanto, não se consegue concluir a localização e viabilidade da gestação apenas pelos níveis de progesterona.

Índices de progesterona menores que 5,0 ng/ml identificam uma gravidez inviável, mas não podendo diferenciar em intra ou extrauterina. A progesterona é secretada pelo corpo lúteo, cujo funcionamento adequado está associado às concentrações de beta hCG (Ávila & Ferreira, 2021, p. 23).

[2] hCG é a sigla que representa o hormônio gonadotrofina coriônica, que só é produzido quando a mulher está grávida ou possui alguma alteração hormonal grave, que esteja sendo causada por alguma doença. Normalmente o exame de sangue beta HCG só é realizado quando há suspeita de gravidez, já que a presença desse hormônio no sangue é mais indicativo de gravidez que a presença desse hormônio na urina, que é detectado por meio do teste de gravidez de farmácia (Marchbanks & Aneger, 2019, p. 43).

1.7.3. Ultrassonografia pélvica

Vasconcelos e Medeiros (Vasconcelos & Medeiros, 2016, p. 24) trazem um estudo sobre o diagnóstico de GE através da ultrassonografia pélvica, segundo estes a ultrassonografia pélvica deve ser feita com critério e sempre avaliando os anexos, visando que possa existir uma gravidez heterotópica, ou seja, uma gestação intrauterina associada a uma ectópica, apesar de ser extremamente rara e com uma incidência de 1 para 4000 a 7000 gestações.

> Quando observado um embrião ou saco gestacional com saco vitelino fora do útero, estes são evidências definitivas de GE. Outros achados como massa anexial complexa e líquido livre em fundo de saco em moderada quantidade, associados com exame físico, podem ajudar no diagnóstico. Visando a importância de excluir a possibilidade de tumores ovarianos e para-ovarianos, hidrossalpinge, abscesso tubo-ovariano, miomas, hematossalpinge, apendicite e volvo intestinal (Vasconcelos & Medeiros, 2016).

Também relata que a ausência de qualquer evidência ultrassonográfica de gestação intrauterina, teste de gravidez positivo, líquido livre em fundo de saco e massa pélvica anormal podem ser observações altamente correlacionadas com o diagnóstico de GE.

O ultrassom transvaginal apresenta bons índices de diagnóstico de GE, quando os achados são compatíveis com cavidade uterina, vazia e massa anexial anormal.

Há algumas dificuldades na interpretação dos achados ultrassonográficos com relação ao diagnóstico, como a presença de pseudo saco gestacional intrauterino, que pode representar pequena quantidade de líquido na cavidade uterina. Afirma também que, para diferenciar o pseudo para o verdadeiro saco gestacional pode ser utilizado o sinal do duplo contorno, que corresponde às duas camadas da decídua (parietal e capsular) separadas por líquido.

Deste modo, a dopplervelocimetria pode ser utilizada na detecção do ovário que foi o sítio de ovulação e que contenha o corpo lúteo, possibilitando um maior estudo da tuba ipsilateral nos casos com hipótese de GE. Em algumas situações a dopplervelocimetria pode auxiliar no diagnóstico diferencial de massas anexiais (Koeppen & Stanton, 2019).

1.8. Tratamentos mais comuns para uma gravidez ectópica

O diagnóstico da gravidez ectópica tem sido realizado de forma mais precoce com métodos não invasivos e com mais opções terapêuticas. Entre elas, destaca-se a cirurgia, que pode ser a salpingectomia ou a salpingostomia por via laparotômica ou laparoscópica; e o tratamento clínico, que pode ser feito pela conduta expectante ou pelo tratamento medicamentoso com metotrexato.

1.8.1. Tratamento cirúrgico

A cirurgia é a conduta padrão no tratamento da gravidez ectópica. A operação clássica é a salpingectomia. A laparotomia deve ser realizada nos casos de ruptura tubária com instabilidade hemodinâmica, nas demais situações, a via preferencial é a laparoscópica por inúmeras vantagens, entre elas, menor tempo de internação, recuperação mais rápida e menores custos.

A salpingectomia está indicada nas pacientes com prole constituída, nos casos de lesão tubária irreparável, nas tentativas de salpingostomia com sangramento persistente, quando ocorre recidiva de gravidez ectópica na mesma tuba e quando os títulos do beta-hCG são elevados.

A indicação da cirurgia conservadora, salpingostomia, é para as pacientes com desejo de preservar a fertilidade. Um dos riscos da cirurgia conservadora é a persistência de tecido trofoblástico (3% a 20%), portanto, é importante, no pós-operatório, acompanhar a evolução dos títulos do beta-hCG. (Elito, Montenegro, Soares, & Camano, 2017, p. 9).

Títulos em declínio requerem apenas acompanhamento, mas, quando em ascensão, está indicado tratamento com dose única de metotrexato (50 mg/m2 IM).

1.8.2. Tratamento Clínico

A conduta expectante na gravidez ectópica não está bem-estabelecida como o tratamento sistêmico com metotrexato. (Elito, Montenegro, Soares, & Camano, 2017, p. 10).

A revisão da Cochrane avaliando a eficácia da conduta expectante foi inconclusiva, uma vez que a maioria dos estudos não tinha uma boa metodologia. Hajenius, Mol, Mol, Bossuyt, Ankum, e Veen (2017, p. 10) realizaram estudo randomizado comparando a conduta expectante com o tratamento sistêmico com metotrexate (MTX) e observaram que 60% das mulheres evoluíram sem intercorrências após a conduta expectante.

No entender de Silva (2015, p. 10) realizaram estudo duplocego utilizando o placebo e o metotrexato na dose única de 50 mg/m2 IM no tratamento da gravidez ectópica, cujos critérios de inclusão foram estabilidade hemodinâmica, beta-hCG inicial < 2000mUI/mL, títulos do beta-hCG em declínio em 48 horas, massa anexial< 5,0 cm e desejo de gravidez futura. O critério de exclusão foi presença de embrião vivo.

O critério de sucesso do tratamento foi quando o beta-hCG ficou negativa. A falha do tratamento ocorreu quando houve necessidade de cirurgia. O sucesso do tratamento nas pacientes que receberam o placebo foi de 92,3% e, no grupo metotrexato, foi de 90%. Esse estudo mostrou que não houve diferença estatisticamente significativa no tratamento com metotrexato e placebo, com sucesso e tempo necessário para os títulos do beta-hCG tornarem-se negativos semelhantes (Silva, Júnior, Cecchino, Elito, & Camano, 2015, p. 31).

Os principais critérios preditores de sucesso da conduta expectante são: valores iniciais baixos do beta-hCG e declínio dos títulos dp beta-hCG em 48 horas. (Silva, Júnior, Cecchino, Elito, & Camano, 2015, p. 10).

1.9. Metotrexate sistémico

Um antagonista do acido fólico, o metotrexate inibe a síntese espontânea das purinas e pirimidinas, consequentemente interferindo com a síntese de DNA e multiplicação celular. O trofoblasto prollferante activamente mostrou ser vulnerável ao metotrexat no tratamento da doença trofobiástica gestacional muitos anos atrás.

Pacientes hemodinamicamente estáveis com gravidez ectópica onde não houve rotura do saco gestacional e medindo 4 cm. ou menos pelo USG, são pacientes com grande potencial para o uso de metotrexate. Já pacientes com gravidez ectópica

de grande volume, atmdade cardíaca anexial, ou evidência de sangramento intraabdominal agudo (abdómen agudo, hipotensão, ou diminuição do hematócrito) não devem ser submetidos ao tratamento com tal medicamento. (Elito, Montenegro, Soares, & Camano, 2017, p. 22)

> Em experiências progressivas, baixas doses foram usadas com poucos efeitos colaterais. O resultado do tratamento com metotrexate sistêmico_em 306 casos de gravidez ectópica registrados desde 1982 foi comparável favoravelmente com os obtidos com salplngostomla por via iaparoscópica: 94% das mulheres foram tratadas com sucesso com metotrexate sistémico (não precisaram de nenhuma terapia subsequente). De 132 mulheres testadas, 84% apresentaram trompas permeáveis e 71% das 77 mulheres acompanhadas engravidaram sendo que, 11% destas gestações foram ectópicas. (Bouyer, Coste, Shojaei, Pouly, Fernandez, & Gerbaud, 2020, p. 84)

Altas doses de metotrexate podem causar supressão de medula Óssea, hepatotoxicidade aguda e crónica, estomatite, fibrose pulmonar, alopecia, e fotossensibiildade. Estes efeitos colaterais são infrequentes em um tratamento curto programado para gravidez ectópica e podem ser atenuados pela administração de leucovorin (Oliveira, 2021, p. 17).

De acordo com Camano (2019) alguns cuidados são necessários para acentuar o sucesso e minimizar a toxicidade do metotrexate sistémico. Primeiro, o paciente deveria ser examinado por apenas uma pessoa e somente uma vez. A disciplina que cerca o tratamento deveria ser similar àquela utilizada na placenta prévia. Segundo, o médico e o paciente devem estar cientes de que uma dor transitória é comum. Uma dor pélvica transitória ocorre frequentemente de 3 a 7 dias após o começo da terapia com metotrexate.

Esta dor é presumivelmente devido a um aborto intra-tubario e costuma persistir por 4 a 12 horas. Talvez o aspecto mais difícil da terapia seja aprender a distinguir a dor abdominal da terapia bem sucedida, da dor pela rotura da gravidez ectópica. Critérios objectivos ajudam; a intervenção cirúrgica é necessária somente quando a dor vem acompanhada de hipotensão postural, taquicardia ou diminuição do hematocrito, (Fernandes, Ribeiro, Morais, Moura, Cellero, & Yamada, 2017).

Alguns médicos preferem manter a paciente com dor internada para observação por cerca de 24 horas, até estarem convictos da estabilidade

hemodinâmica desta. Somando-se a isto, é comum ocorrer dor abdominal em cólica durante os primeiros 2 ou 3 dias de uso do metotrexate, e as pacientes deveriam evitar expor-se ao sol, porque a fotossensibiildade pode ser uma complicação. (Moore & Persaud, 2018)

1.10. Metotrexate por injecção directa

Em 1987, alguns autores descreveram a injecção directa de metotrexate através de USG transvaginai; instiiaram lml. (10 mg.) de metotrexate no interior do saco gestacional. A resolução ocorreu dentro de duas semanas. A injecção directa emprega concentrações de metotrexate no sítio de implantação que são muitas vezes mais elevadas do que aquelas obtidas com a administração sistémica (Carvalho G. , 2015, p. 6).

Existe, contudo, uma menor distribuição sistémica da droga, uma pequena dose terapêutica e consequentemente, uma menor toxicidade. Porém, esta via de acesso tem a desvantagem de requerer laparoscopia ou um sofisticado sistema de USG com cabo gula (Fernandez & Gervaise, 2019).

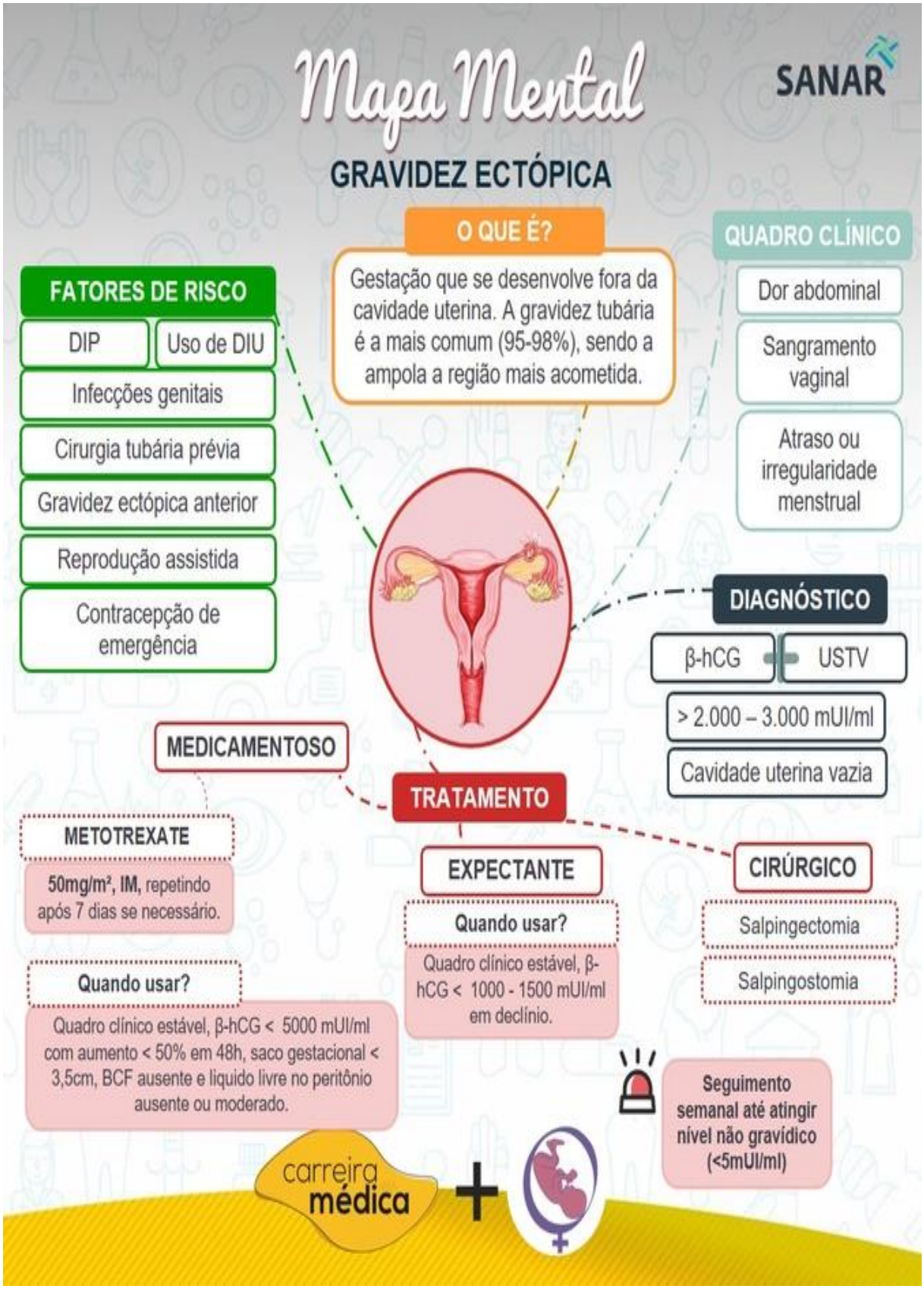
Finalmente, os mesmos autores (2019) salientam que um trabalho prospectivo envolvendo injecção directa de metotrexate foi recentemente cancelado pelo conselho de revisão de uma instituição universitária porque 3 de 7 pacientes randomizadamente necessitaram, para a injecção laparoscóplca de metotrexate, uma laparoscopia adicional, provavelmente devido a manipulação do sítio de implantação.

1.11. Metotrexate por cânula intratubária

A instalação de metotrexate por cânula intratubária dirigida histeroscopicamente tem tamém sido descrito.

A resolução de 27 em 31 casos por este método, com a persistência de 4 casos que vieram a necessitar cirurgia. Ainda que os resultados sejam encorajadores, esta via de acesso não apresenta maiores vantagens sobre outros métodos, excepto que o metotrexate pode ser instilado em sacos gestacionais muito pequenos, inclusive sem a visualização deste (Carvalho G. , 2015, p. 10)

Resumo sobre gravidez ectópica



Fonte: Comunidade Sanar (2020)

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

2.1. Tipo de pesquisa

Para elaboração do nosso trabalho utilizamos a pesquisa descritiva.

A pesquisa descritiva

É uma das classificações da pesquisa científica, na qual seu objetivo é descrever as características de uma população, um fenômeno ou experiência para o estudo realizado (Adriana & Dorivaldo,2018).

2.2. Modelo de abordagem

Trata-se de um estudo com o modelo de abordagem quali-quantitativa.

Qualitativa:

A pesquisa qualitativa é baseada em dados não numéricos e não mensuráveis, como narrativas, descrições, imagens, observações participantes, entre outros. Esses dados são analisados por meio de interpretação, em vez de métodos estatísticos. Esse tipo de pesquisa é mais comum em áreas como antropologia, sociologia, ciência política, dentre outros (Guerra, 2019, p. 16).

Quantitativa:

A pesquisa quantitativa é baseada em dados numéricos e mensuráveis, que são analisados usando métodos estatísticos. Esses dados podem ser colectados por meio de pesquisas, questionários, experimentos, observações, entre outros. Esse tipo de pesquisa é mais comum em estudos de mercado, estudos demográficos, estudos de psicologia experimental, entre outros. (Pupo, 2022).

2.3. Nível de estruturação de método

a) **Nível teórico:**
b) **Método dedutivo:**

O método dedutivo é uma abordagem lógica que parte de uma premissa ou conjunto de premissas para chegar a uma conclusão lógica. Ele segue um padrão de

raciocínio que é baseado na certeza de que, se as premissas forem verdadeiras, a conclusão também será verdadeira (Carvalho A. , 2017 , p. 53), que serviu para abordagem da temática com eficiência e eficácia e, por sua vez, chegar a conclusões válidas.

Métodos empíricos:

- **Pesquisa Bibliográfica:**

A pesquisa bibliográfica é um método de colectar informações a partir de fontes escritas, tais como livros, artigos, teses, dissertações, relatórios e outros tipos de publicações (Brito, 2018, p. 17). O referido método, permitiu o levantamento de teorias sobre esta temática.

Nível estatístico ou matemático

Método estatístico:

Fornece uma abordagem muito didáctica referente à delimitação de amostra e ao emprego da estatística em pesquisas (Barbeta, 2021). Utilizá-se para a análise percentual para mostrar a representatividade confirmada dos dados e determinar a significação das respostas sobre as experiências dos inquiridos para despertar o interesse.

Método hipotético – dedutivo:

Método Hipotético – dedutivo - que se inicia por uma percepção de uma lacuna nos conhecimentos, acerca da qual formula hipóteses e, pelo processo de inferência dedutiva, testa a predição da ocorrência de fenômenos abrangidos pela hipótese, se o conhecimento é insuficiente para explicar um fenômeno, surge o problema; para expressar as dificuldades do problema são formuladas hipóteses; das hipóteses deduzem-se consequências a serem testadas ou falseadas, tornar falsas as consequências deduzidas das hipóteses(Adriana & Dorivaldo,2018).

.

2.4. Variáveis

É a caraterística de interesse que é medida em cada elemento da amostra ou população , seus valores variam de elemento para elemento(Adriana & Dorivaldo, 2018),

a). Variável independente

- Número de parceiros sexuais; uso constante de contraceptivos, Doença inflamatória pélvica está na base da prevalência de gravidez ectópica em adolescentes, está na origem de gravidez ectópica em adolescentes
- **b). Variável dependente**
- Prevalência de gravidez ectópica em adolescentes.

2.5 Técnicas e instrumentos de colecta de dados

Para garantir o processo adequado da recolha de dados para o presente trabalho, recorreremos às determinadas técnicas e instrumentos de mensuração correspondentes às obrigações de tratamento e interpretação de resultados. As técnicas que foram utilizadas no presente estudo são:

a) **Observação** – utilizamos esta técnica para obter uma percepção racional, atenta, e sistemática dos fenómenos relacionados com os objectivos traçados.

b) **Entrevistas semi-estruturadas** – permitiu obter informações sobre o nosso objecto de investigação. Utilizamos entrevistas como instrumentos com questões abertas e fechadas de forma combinada.

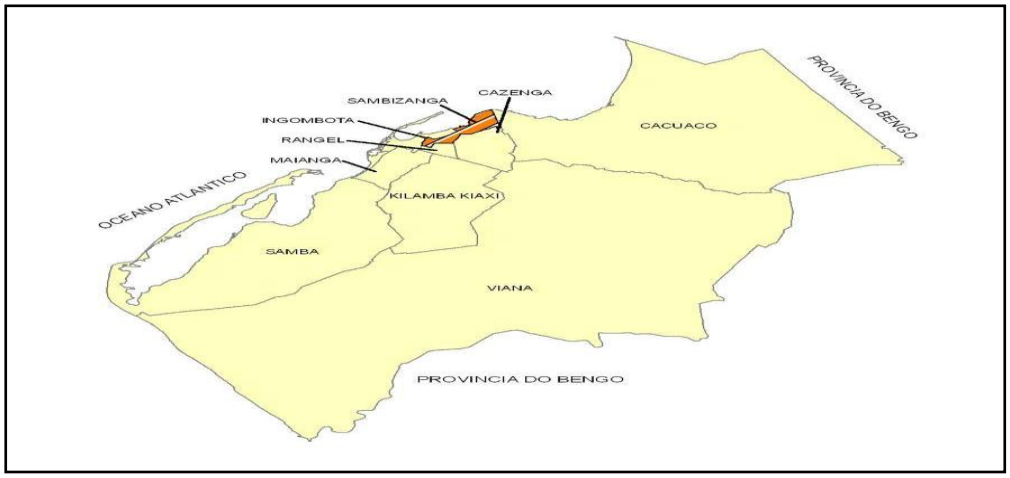
c) **Técnica bibliográfica ou documental** – toda a investigação necessita de uma bibliografia de consulta para a definição do sistema conceptual da pesquisa e a sua fundamentação teórica como sustento científico da pesquisa.

O presente estudo envolveu-se a consulta de material adequado ligado ao tema em estudo: dicionários, textos de apoio pesquisas na Internet, brochuras, etc. Esta técnica foi utilizada para obtenção de bases teóricas e científicas para justificarmos os factos e fenómenos a serem observados, através de consultas de uma gama de livros e documentos com bases científicas.

d) **Técnica estatística** – são métodos e procedimentos utilizados para coletar, organizar, analisar e interpretar dados, com o objetivo de obter informações relevantes e tomar decisões embasadas em evidências

2.6. Unidade de análise do estudo

A pesquisa foi realizada, junto aos profissionais de saúde no Hospital Municipal do Sambizanga. O Hospital Municipal do Sambizanga foi inaugurado em Dezembro de 2011. Ele foi constituído com o objectivo de aproximar os serviços de saúde à população e prestar assistência médica e medicamentosa a centenas de de milhares de moradores do bairro dos Ossos, no Sambizanga.



Fonte: Administração Municipal do Sambizanga (2011)

O Sambizanga é um dos seis municípios da província de Luanda, tem uma superfície de 14.5 km2, e faz limite a Norte com o município do Cacuaco, a Sul com o município da Ingombota, a Este com os Municípios do Cazenga e Rangel, a Oeste com Oceano Atlântico e o Município da Ingombota.

Os serviços prestados pelos centros são a realização de consultas (pediatria, clínica geral, ginecologia e urgência), consultas de estomatologia são realizadas só na comuna sede, os serviços de laboratório (sem fazerem análise bioquímica), raio-X (só no centro do Ngola Kiluange) são outros serviços prestados no município. São ainda implementados alguns programas de âmbito nacional, como sejam o PAV e Puericultura, Materno-infantil, Recuperação nutricional (nos centros da sede e Ngola Kiluange), Lepra e Tuberculose (na sede do município) e CATV (também na sede do município).

2.7. População e amostra

A população foi composta por 51 profissionais no Hospital Municipal do Sambizanga, dos quais 7 profissionais da área de consulta da ginecologia e obstetrícia. A população alvo do estudo compreendeu todos os profissionais que passam na área de consulta da ginecologia e obstetrícia.

2.8. Critérios de inclusão e de exclusão

a). Critérios de inclusão: Foram incluídas, todos os profissionais da área de consulta da ginecologia e obstetrícia.

b). Critérios de exclusão: Foram excluídas, todas os profissionais que não trabalham na área de consulta da ginecologia e obstetrícia.

2.9 Critérios de ética

Para a realização deste estudo foi tida em consideração a autorização institucional, que foi pedida através de uma carta redigida pela Direcção do Hospital Municipal do Sambizanga.

Os procedimentos desta pesquisa constituíram em solicitar autorização por escrito da direcção do Hospital, para realização desta pesquisa e da divulgação do nome do Hospital. Aos participantes desta pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual informou a importância, a metodologia, os objectivos desta pesquisa e a utilização das informações recolhidas.

CAPÍTULO Iii: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

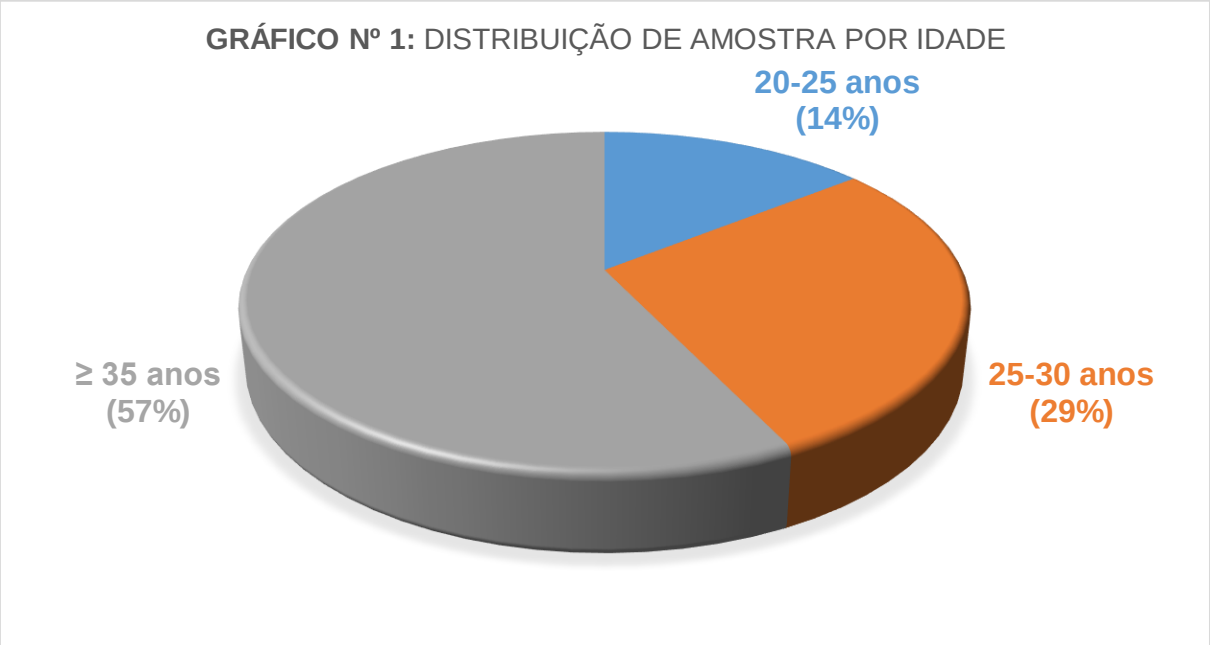
3.1. Apresentação e Interpretação dos resultados

Neste Capítulo, fez-se a apresentação dos resultados e sua discussão que foram obtidas através de questionário e observação directa de todos os dados recolhidos em tabelas e gráficos citados abaixo, sem ultrapassar as regras metodológicas que a nossa instituição recomenda.

Tabela n.°1. Distribuição de amostra dos profissionais por idade

Idade	Frequência	%
20-25 anos	1	14 %
25-30 anos	2	29%
≥ 35 anos	4	57%
Total	7	100

Fontes: Hospital Municipal do Sambizanga (2023)



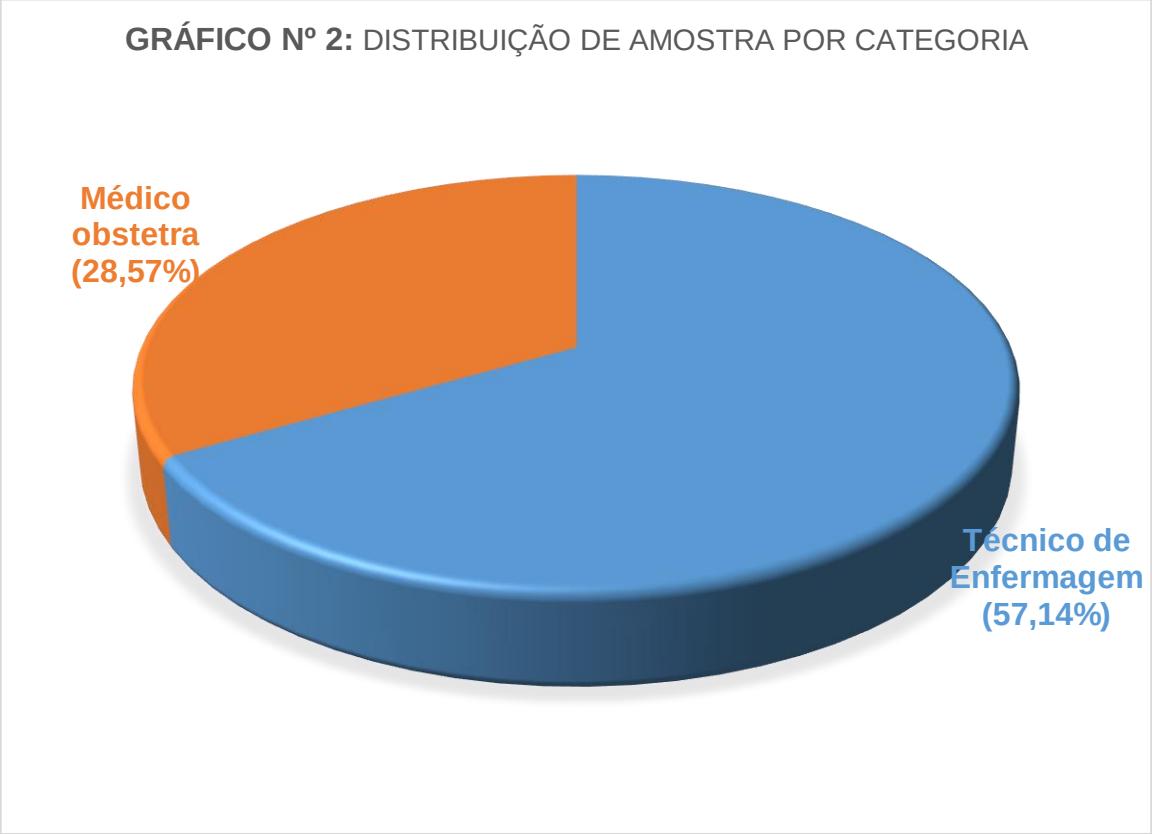
Fontes: Hospital Municipal do Sambizanga (2023)

A amostra estudada, em relação à idade obtivemos os seguintes resultados: 57% de indivíduos têm a idade ≥ 35 anos idade; 29% são indivíduos com idade entre 25 a 30 anos; e, 14% são indivíduos com idade entre 20 a 25 anos.

Tabela nº 2: Distribuição de amostra por categorias

Categorias	Frequência	Percentagem
Técnico de Enfermagem	4	66%
Médico obstetra	2	34%
Total	**7**	**100%**

Fontes: Hospital Municipal do Sambizanga (2023)



Fontes: Hospital Municipal do Sambizanga (2023)

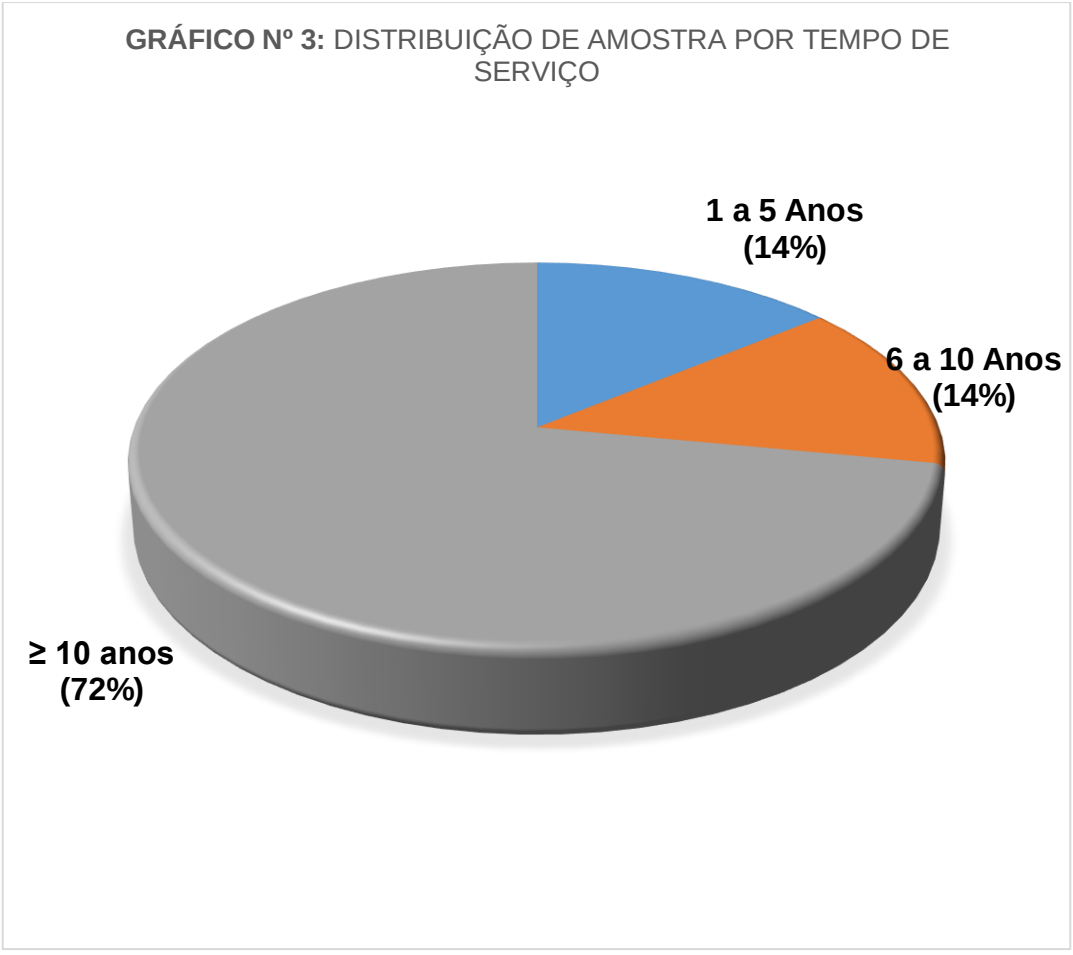
O resultado obtido em relação as categorias dos profissionais de saúde que trabalham na área de ginecologia e obstetrícia, demonstram que 57,14% são Técnicos de enfermagem, com ensino médio concluído na área em que trabalham; e 28,57% são Médicos obstetras.

Tabela nº 3: Distribuição de amostra por Tempo de serviço

Tempo de serviço	Frequência	Percentagem
1 a 5 Anos	1	14%
6 a 10 Anos	1	14%
≥ 10 anos	5	72%
Total	**7**	**100%**

Fontes: Hospital Municipal do Sambizanga (2023)

GRÁFICO Nº 3: DISTRIBUIÇÃO DE AMOSTRA POR TEMPO DE SERVIÇO



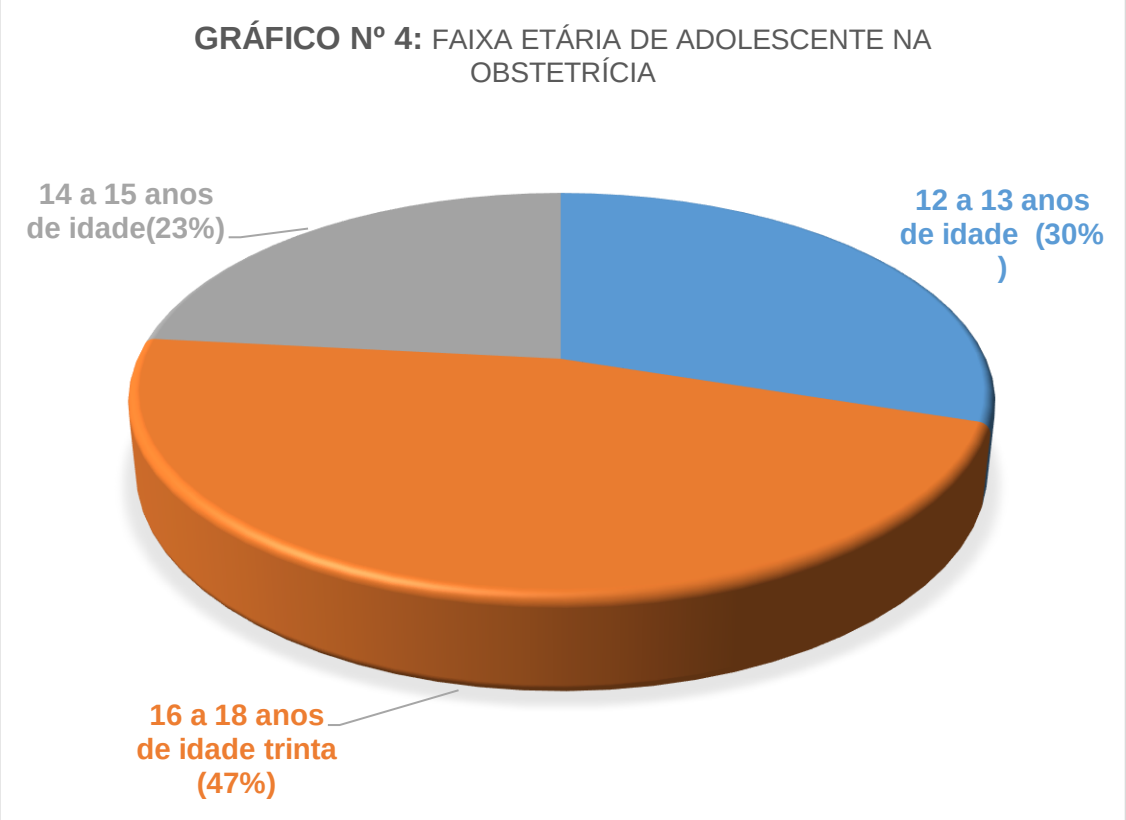
Fontes: Hospital Municipal do Sambizanga (2023)

Dos sete (7) profissionais de saúde da mulher que trabalham no Hospital Municipal do Sambizanga, em relação ao seu tempo de serviço, notamos que 72% deles já trabalham há ≥ 10 anos; 14% de indivíduos trabalham entre 6 a 10 anos; e igual percentagem também vem trabalhando há 1 a 5 anos.

Tabela nº 4: Faixa etária das adolescentes que procuraram os serviços de obstetrícia

Faixa etária	Frequência	Percentagem
12 a 13 Anos de idade	9	30%
14 a 15 Anos de idade	7	23,3%
16 a 18 anos de idade	14	46,6%
Total	**30**	**100%**

Fontes: Hospital Municipal do Sambizanga (2023)



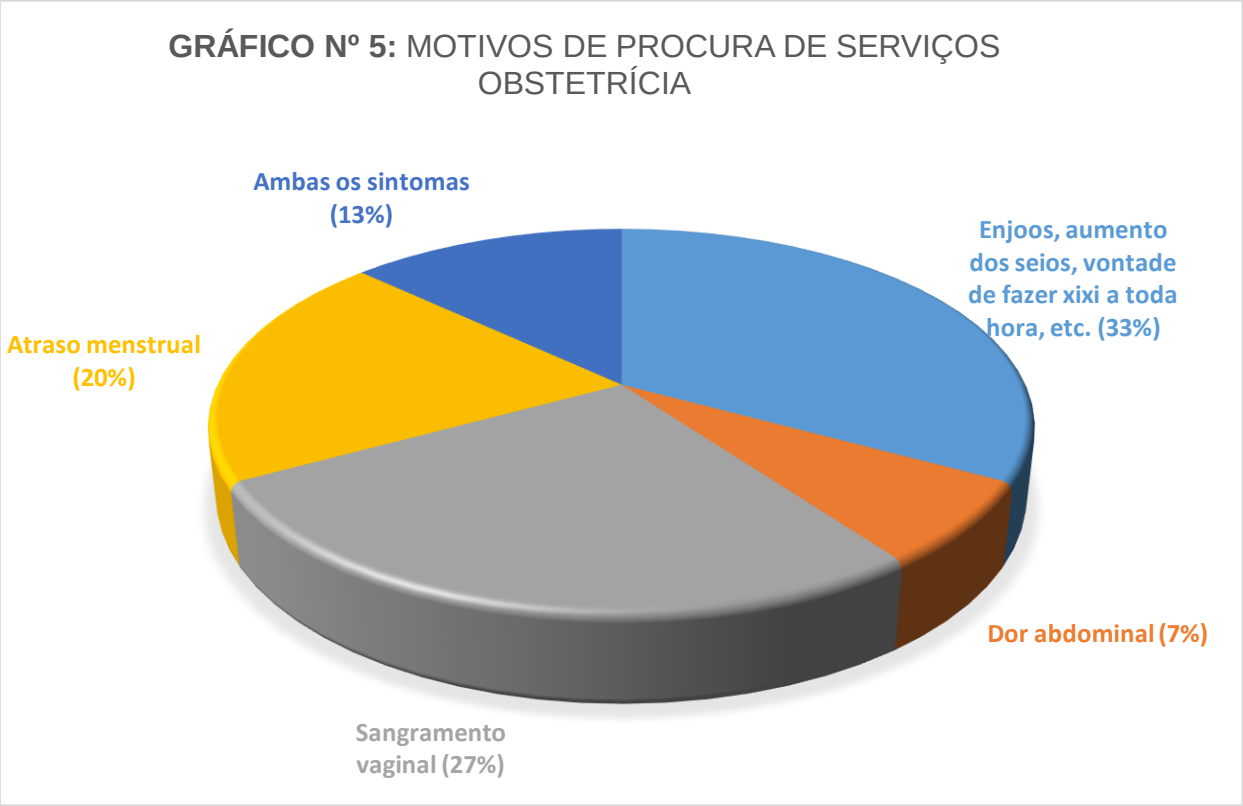
Fontes: Hospital Municipal do Sambizanga (2023)

De acordo com os profissionais de saúde do Hospital Municipal do Sambizanga, durante o II Trimestre do ano de 2023, na área de ginecologia e obstetrícia atenderam trinta (30) adolescente com as seguintes faixas etárias: 47% adolescente com idade entre 16 a 18 anos deidade, correspondendo a 14 adolescentes; 30% com idade entre 12 a 13 anos de idade, correspondendo a 9 adolescentes; e, 23% com idade compreendida entre 14 a 15 anos de idade, correspondendo a 7 adolescentes.

Tabela nº 5: Principais motivos das adolescentes aos serviços de obstetrícia

Motivos	fr	Percentagem
Enjoos, aumento dos seios, palaciúria, etc.	10	33%
Dor abdominal	2	7%
Sangramento vaginal	8	27%
Atraso menstrual	6	20%
Todos os sintomas	4	13%
Total	**30**	**100%**

Fontes: Hospital Municipal do Sambizanga (2023)



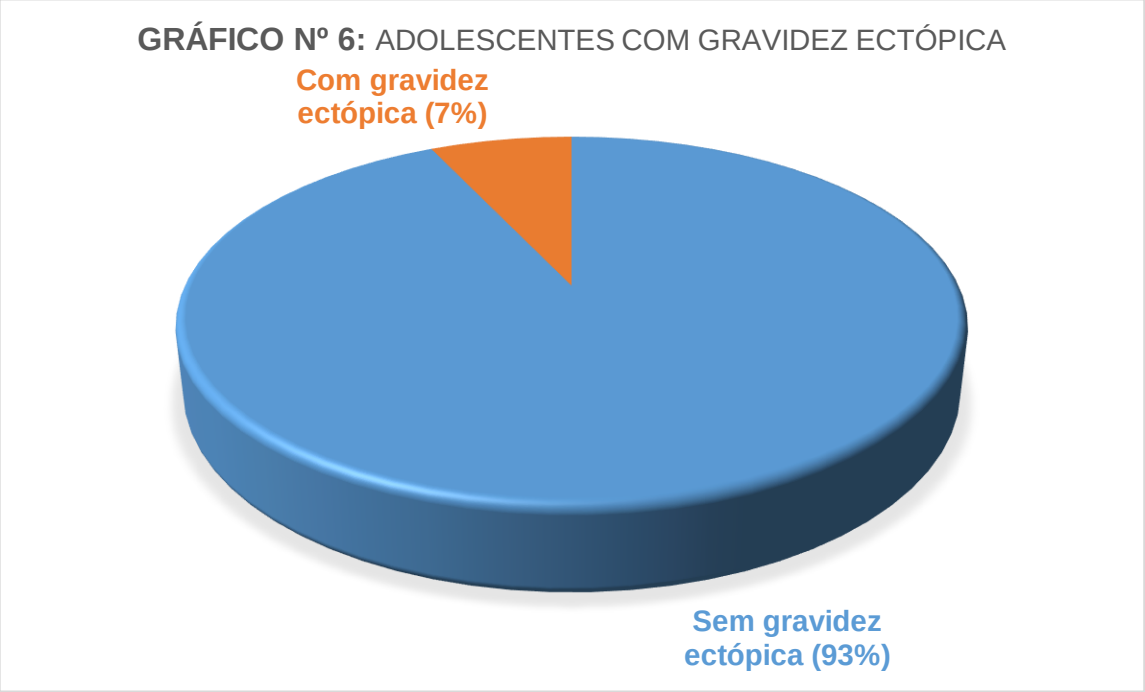
Fontes: Hospital Municipal do Sambizanga (2023)

De acordo com os dados fornecidos pelos os profissionais do Hospital Municipal do Sambizanga, verificou-se que as adolescente que procuraram os serviços de ginecologia e obstetrícia por sentirem sintomas de uma possivel gestação. Com isso, 33% de adolescente por motivo de enjoos, aumento dos seios, vontade de fazer xixi a toda hora; 27% de adolescentes por motivo de sangramento vaginal; 20% por atraso menstrual; 13% por combinação dos sintomas; e, 7% por motivo de dor abdominal.

Tabela nº 6: Número de adolescentes diagnosticadas com gravidez ectópica

Gravidez ectópica	**fr**	**Percentagem**
Sem gravidez ectópica	28	93%
Com gravidez ectópica	2	7%
Total	**30**	**100%**

Fonte: protuario de registo de consulta pré natal do Hospital Municipal do Sambizanga (2023)



Fonte: Hospital Municipal do Sambizanga (2023)

Durante o II Trimestre do ano de 2023, os profissionais de saúde do Hospital Municipal do Sambizanga, das 30 adolescentes com sintomas de gravidez, diagnosticar 93% de adolescentes sem gravidez ectópica, correspondendo a 28 adolescente; e, 7% foram diagnosticadas com embrião fora do útero ou com gravidez ectópica, correspondendo a 2 adolescentes.

Percepção do Médico em relação à gravidez ectópica

Para perceber sobre o problema levantado da gravidez ectópica, interrogamos o Médico no seguinte: ***Além do tratamento medicamentoso, existe outros tratamentos para a gravidez ectópica?*** Como respostas tivemos a seguinte:

Entrevistado (Médico): “Sim” existe outro procedimentos. Se a gravidez ectópica for diagnosticada precocemente, é possível administrar drogas que impeçam o desenvolvimento do embrião, fazendo com que o mesmo não desenvolva. A droga habitualmente usada é o metotrexato por via intramuscular em dose única. Historicamente o tratamento da gravidez ectópica sempre foi feito com cirurgia para remoção do embrião mal implantado. Actualmente, a cirurgia ainda é o tratamento de escolha para cerca de 60% dos casos.

Quais são os factores que elevam muito, moderadamente e levemente o risco à paciente com gravidez ectópica?

Entrevistado (Médico): segundo ele, todos eles, directa ou indirectamente, estão relacionados a infecções ou problemas anatômicos das trompas. “***Factores que elevam muito o risco:*** Inflamação ou infecção ativa da trompa de Falópio (salpingite); Lesão estruturais da trompa de Falópio por inflamação pélvica; Cirurgia prévia das trompas; Falhas da ligadura de trompa; Episódio de gravidez ectópica prévia; Uso de DIU (o DIU raramente falha, mas quando isso ocorre, o risco de gravidez tubária é elevadíssimo). **Factores que elevam moderadamente o risco:** Tabagismo; Engravidar com tratamento para infertilidade; Infecção ginecológica prévia por clamídia ou gonorreia; Já ter tido um quadro de doença inflamatória pélvica (DIP); Endometriose; História de múltiplos parceiros sexuais. **Factores que elevam levemente o risco:** Cirurgia abdominal ou pélvica prévia; Costume de realizar ducha vaginal; Gravidez antes dos 18 anos”.

Uma gravidez ectópica pode ser confundida com uma gravidez normal nos estágios iniciais?

Entrevistado (Médico): “Com certeza, nos estágios iniciais, uma gravidez ectópica pode ser confundida com uma gravidez normal, porque os primeiros sintomas são semelhantes. Isso inclui atraso menstrual, teste de gravidez positivo, e até leves sintomas iniciais de gravidez, como náuseas e sensibilidade mamária. No entanto, conforme a gravidez ectópica progride, ela pode se apresentar com tríade sintomas únicos e potencialmente perigosos, como dor do abdômen, sangramento vaginal anormal, e atraso ou irregularidade menstrual”.

O que fazer para evitar uma gravidez ectópica?

À esta questão o médico entrevistado listou certas acções preventivas, nomeadamente:

Entrevistado (Médico):

- A acção preventiva mais importante é fazer testes regulares para DSTs (Doenças sexualmente Transmitidas). Uma DST não tratada, mesmo quando os sintomas desaparecem, pode levar a sérios problemas de saúde.
- Se seu teste for positivo para uma DST, inicie o tratamento imediatamente. Tome todos os antibióticos prescritos durante os dias indicados pelo médico.
- Sempre use preservativos ao fazer sexo com um novo parceiro ou com um parceiro que não tenha sido testado.
- Não fume nem fique perto de alguém que fume regularmente. Pode danificar as células das trompas de falópio.
- Informe o seu médico se você teve uma gravidez ectópica e planea engravidar novamente.

Que conselhos deixaria para as adolescentes angolanas, em relação à gravidez ectópica?

"As adolescentes devem evitar as DSTs, para tal devem sempre usar os preservativos durante os actos sexuais. Pois clamídia, gonorreia, sífilis e outras, podem causar inflamação e, eventualmente, doença inflamatória pélvica e cicatrizes. Por outro, optar ter um único parceiro sexual". Procurar os serviço médico regularmente.

3.2. Taxa de prevalência da gravidez ectópica em adolescentes

Prevalência mede quantas pessoas estão doentes (Pereira, 2000). A prevalência é uma medida estática, apenas informa o número de casos de uma determinada doença no momento. Matematicamente, o cálculo da prevalência pode ser obtido pela fórmula abaixo:

$$\textbf{TAXA DE PREVALÊNCIA} = \frac{\textbf{Número de casos existentes}}{Número\ de\ pessoas\ estudadas\ na\ populaçao} X\ 100$$

No ano de 2023, no Hospital Municipal do Sambizanga, estudou-se uma amostra representativa de base populacional de adolescente com idade compreendida entre 12 a 18 anos , verificou-se a prevalência de gravidez ectópica. Das 30 adolescentes assistidas no IIº Trimestre do ano de 2023, encontrou-se 2 adolescentes que preenchiam o critério diagnóstico de gravidez ectópica. Conforme a fórmula matemática acima descrita, a prevalência de gravidez ectópica neste período foi de 6,66%.

3.3. Discussão dos resultados

De acordo a classificação da OMS, considera-se gravidez na adolescência, aquela que ocorre até aos 20 anos incompletos, compreendendo o período dos 10 aos 19 anos de idade.

A gravidez na adolescência é um risco social e um grave problema de saúde pública em função da sua magnitude e amplitude, assim como dos problemas que dela derivam.

A preocupação social está mais na gravidez que não ocorre dentro dos relacionamentos conhecidos e aceites pelos adultos, que tem sido o mais frequente entre adolescentes. Como vimos os dados da 4ª Tabela e seu respectivo gráfico, demonstram que 47% de adolescentes procuraram os serviços de obstetrícia, isso indica que, há indícios de iniciação sexual precoce entre a população jovem angolana.

Contudo, dados do Fundo das Nações Unidas para a População – FNUP (2002, citado pelo Círculo Angolano Intelectual, 2014) indicam que “em Angola as adolescentes engravidam como resultado de uma iniciação sexual precoce, isto é entre os 11-12 anos, com uma prevalência muito alta (75%) de sexualidade entre adolescentes, bem como uma elevada frequência de gravidez precoce entre os 14-17 anos de idade, onde consta que 37% das raparigas já tinham engravidado e 17% dos rapazes tinha a noção de ter engravidado uma rapariga. A mesma fonte constatou ainda um elevado número de abortos entre adolescentes (50%), que, na sua maioria, foram provocados ou induzidos (79%)”.

Pode-se compreender com o presente estudo, que a perda dos valores da família e das relações interpessoais entre pais e filhos, a falta de abordagem de assuntos acerca da sexualidade e da contracepção, tão presentes na catual sociedade, contribui para uma iniciação sexual precoce.

Segundo a literatura existente, a gravidez ectópica ocorre quando um óvulo fertilizado se implanta fora da cavidade uterina. Os principais factores de risco para o desenvolvimento da gravidez ectópica incluem história prévia de doença inflamatória pélvica, tabagismo, cirurgias prévias nas tubas uterinas, gravidez ectópica anterior, infertilidade e número de parceiro sexuais. Neste contexto, deve-se acatar as medidas alistadas pelo médico entrevistado no Hospital Municipal do Sambizanga que, ““as adolescentes devem evitar as DSTs, para tal devem sempre usar os preservativos durante os actos sexuais. Pois as doenças inflamatórias são originadas pelas doenças sexualmente transmitidas”.

Diversas evidências científicas comprovam a importância do diagnóstico precoce, bem como de tratamentos menos invasivos visando um menor impacto na vida das mulheres, bem como da compreensão dos aspectos biológicos de formação do útero; riscos de vida e inclusive morte caso não seja diagnosticada previamente. Contudo, percebe-se que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, estão na diminuição das complicações da gravidez ectópica.

Segundo a literatura, apesar da percentagem de gravidezes ectópicas ser baixa, são a principal causa de morte materna no primeiro trimestre de gravidez. A prevalência da gravidez ectópica é difícil de estimar, mas deve rondar 1 a 2% a nível mundial (Mendes, 2019).

Joana Mesquita Guimarães (2019), ginecologista da Clínica Procriar no Porto, defende que “a gravidez ectópica é de todos os tempos**,** nada mudou nos últimos anos, a medicação é sempre igual, a cirurgia é sempre igual”. Seja como for, a médica admite que o diagnóstico é cada vez mais precoce, por causa do avanço das técnicas, possibilitando assim mais tratamentos médicos. Não é a gravidez ectópica que é grave. É a sua rotura que torna a situação potencialmente fatal *(Guimarães, 2019)*.

Concordando que a gravidez ectópica é mais comum nos países desenvolvidos, por causa das já referidas técnicas de PMA, lembra que **os** países

subdesenvolvidos também têm taxas mais elevadas. “Nestes países há menos condições e mais riscos de doenças sexualmente transmissíveis. É claro que o risco de morte por gravidez ectópica é muito maior”, sublinhou.

Certo é que a gravidez ectópica é a principal causa de óbito materno no primeiro trimestre, com uma taxa de mortalidade de 1.8/1000, devido à rotura da gravidez com posterior hemorragia e choque hipovolêmico.

Em relação ao estudo realizado no Hospital Municipal do Sambizanga, com a participação dos profissionais e com análise documental (prontuário de registo de consultas pré-natal), foi possível de determinar a prevalência de gravidez ectópica durante o II trimestre de 2023. Através da fórmula de cálculo de prevalência, chegou-se a seguinte conclusão: a prevalência de gravidez ectópica em adolescentes no II Trimestre do ano de 2023 é de 6,66%.

CONCLUSÃO

De acordo com a pesquisa realizada, a gravidez ectópica é uma emergência médica que representa 80% das mortes maternas que acontece no primeiro trimestre de gestação. Os principais sintomas da patologia são: inflamação pélvica, sangramento vaginal e atraso ou irregularidade menstrual. Portanto, é de extrema importância o reconhecimento da gravidez ectópica a fim de propiciar um diagnóstico rápido e tratamento, evitando a perda da trompa onde está inserido o embrião ou até mesmo em casos mais graves, a morte materna.

Sendo assim, espera-se que esse trabalho científico possa contribuir futuramente com estudos sobre a prevalência de gravidez ectópica aos profissionais da área da Saúde, principalmente dadas as evidências apresentadas na literatura ao tentar compreender melhor a mesma e suas condições de risco, formas de tratamentos e intervenções, além do quadro clínico da paciente.

Quanto as hipóteses levantadas, face à pergunta de partida, foi possível comprovar de forma prática a primeira hipótese, demostrando que o número de parceiros sexuais promove as DSTs e uso de contraceptivos de emergência, que por sua vez, é determinante para a gravidez ectópica em adolescentes. Não foram comprovadas as duas ultimas hipoteses pois o estudo não apurou os registos de antecendentes de doença inflamatoria pélvica e de morte de adolescentes por gravidez ectopica.

Assim, os objectivos específicos foram cumpridos: identificamos os factores determinantes de gravidez ectópica em adolescentes; a faixa etária mais afectada pela gravidez ectópica no Hospital Municipal de Sambizanga; e, verificou-se a taxa de prevalência de gravidez ectópica em adolescentes no Hospital Municipal de Sambizanga, durante o II trimestre de 2023, que é de 6,66%.

SUGESTÕES

Algumas sugestões sobre a prevalência de gravidez ectópica em adolescentes no Municipal de Sambizanga. Aqui estão 12 ideias de pesquisa relacionadas a nossa pesquisa:

1. Avaliar a prevalência de gravidez ectópica em adolescentes atendidas no Hospital Municipal de Sambizanga num período mais amplo.

2. Investigar os factores de risco associados à gravidez ectópica em adolescentes no Sambizanga.

3.Avaliar a taxa de recidiva de gravidez ectópica em adolescentes após o tratamento no Hospital Municipal do Sambizanga.

4. Investigar as consequências físicas e emocionais da gravidez ectópica em adolescentes atendidas no Hospital Municipal do Sambizanga.

5. Avaliar o nível de conhecimento das adolescentes sobre a gravidez ectópica antes da admissão no Hospital Municipal do Sambizanga.

6. Investigar se existe um impacto socioeconómico da gravidez ectópica em adolescentes atendidas no Hospital Municipal do Sambizanga.

7. Analisar o acesso das adolescentes a serviços de saúde reprodutiva e contracepção adequada em Luanda.

8. Avaliar a implementação de programas de educação sexual nas escolas e seu impacto na prevenção da gravidez ectópica em adolescentes no Sambizanga.

9. Comparar a prevalência de gravidez ectópica em adolescentes no Hospital Municipal do Sambizanga com outros hospitais da região, identificando possíveis diferenças e padrões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Arruda, M. d., & Camargo, H. S. (2018). *Gravidez ectópica na cicatriz uterina de cesárea: relato de caso.* Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

Ash, A., Smith, A., & Maxwell, D. (2017). *Caesarean scar pregnancy.* SL: British Journal of Obstetrics and Gynaecology.

Ávila, S. d., & Ferreira, A. W. (2021). *Diagnostico Laboratorial.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Banson, R. C. (2017). *Complicações obstétricas da gravidez e do parto: gravidez ectóplca. Manual de Obstetrícia e Ginecologia.* S. l.: Guanabara Koogan.

Barbeta, P. A. (2021). *Estatística aplicada as ciiencias sociais .* Santa Catarina : UFSC.

Barnhart, K. T., Guo, W., Cary, M. S., Morse, C. B., Chung, K., & Takacs, P. (2016). *Differences in serum human chorionic gonadotropin rise in early pregnancy by race and value at presentation.* SL: Obstet Gynecol.

Bouyer, J., Coste, J., Fernandez, H., Pouly, J. L., & Job-Spiran, N. (2017). *Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases.* SL: Human Reproduction.

Bouyer, J., Coste, J., Shojaei, T., Pouly, J. L., Fernandez, H., & Gerbaud, L. (2020). *Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population based study in France.* France: Am J Epidemiol.

Brito, I. d. (2018). *Pesquisa-Ação Participativa na Co-Criação de Instituições de Ensino Superior.* São Paulo: Palimage.

Camano, L. (2019). *Gravidez ectópica não rota: diagnóstico e tratamento Situação actual.* São Paulo: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia.

Carvalho, A. B., & Cepik, M. (2023). *Metodologia de Pesquisa.* Sãop Paulo: UFRGS.

Carvalho, A. (2017). *Métodos Quantitativos com Excel.* Lisboa: FCA.

Carvalho, G. (2015). *Gravidez Ecópica.* Florianopolis: Universidade Ferderal de Santa Catarina.

Corleta, H. V., & Kalil, H. S. (2021). *Gravidez Ectópica.* Porto Alegre: Revista Gaúcha de Ginecologia e Obstetrícia.

Correia, L., Silva, G., Barros, C., & Marques, C. (2016). *Gravidez ectópica intersticial - O Estado Da Arte.* SL: Sn.

Coslin, P. G. (2019). *Psicologia do adolescente.* Lisboa: Instituto Piaget.

Coutinho, T., Coutinho, C. M., & Coutinho, L. M. (2020). *Gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: uma complicação emergente.* SL: Sn.

Cunninghamn, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., & Rouse, D. J. (2021). *Williams Obstetrics.* New York: McGraw-Hill.

Davidoff, L. L. (2022). *Indtrodução à Psicologia .* São PAULO: Makno Books.

Douglas, C. R. (2021). *Tratado de fisiologia aplicada às ciências médicas.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogam.

Elito, J. J. (2016). *O Metotrexate no Tratamento Sistêmico da Prenhez Ectópica Íntegra Incipiente.* São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.

Elito, J. J., Mary, N., & Camano, L. (2019). *Gravidez Ectópica Cervical com Embrião Vivo: Relato de Quatro Casos.* SL: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia.

Elito, J. J., Montenegro, N., Soares, R. C., & Camano, L. (2017). *Unruptured ectopic pregnancy: diagnosis and treatment.* SL: Rev Bras Ginecol Obstet.

Fernandez, H., & Gervaise, A. (2019). *Ectopic pregnancies after infertility treatment: modern diagnosis and therapeutic strategy.* S.l.: Human Reproduction Update.

Fletcher, R. H., Fletcher, S. W., & Fletcher, G. S. (2014). *Epidemiologia Clínica: Elementos essenciais.* Porto Alegre: Artmed.

Fróis, A. C. (2021). *Gravidez ectópica cornual rota: descrição de um raro local de implantação tubária e sua dificuldade diagnóstica.* SL: Revista Médica de Minas Gerais.

Garcia, S. M. (2019). *Embriologia.* Porto Alegre: Artmed.

Growth, T. J. (2021). *Adoslencence.* Oxfod: Blackwell.

Guerra, I. C. (2019). *Pesquisa Qualitativa E Análise De Conteúdo.* Lisboa: Universidade Católica.

Hajenius, P. J., Mol, F., Mol, B. W., Bossuyt, P. M., Ankum, W., & Veen, F. v. (2017). *Interventions for tubal ectopic pregnancy.* SL: Cochrane Database Syst Rev.

Haldar, L. J. (2021). *Primary ovarian pregnancy with an intrauterine contraceptive device in situ.* SL: American Journal of Obstetrics & Gynecology.

Koeppen, B., & Stanton, B. A. (2019). *Berne & Levy.* Rio de Janeiro: Elsevier.

Last, J. M. (2021). *A Dictionary of Epidemiology.* New York: Oxford University Press.

Marchbanks, P., & Aneger., J. F. (2019). *Risk factors for ectopic pregnancy: a population based study.* JAMA: S. n.

Montenegro, C. A. (2019). *Resende Abstrícia.* Rio de Janeiro: Quanabraca.

Montenegro, C. A., & Filho, J. (2018). *Obstetrícia Fundamental.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Moore, K. L., & Persaud, T. (2018). *Embriologia Básica.* Rio de Janeiro: Elsevier.

Oliveira, M. F. (2021). *METODOLOGIA CIENTÍFICA:.* Goiás: Universidade Federal de Goiás. II. Título. .

Pardini, H. (2016). *Gonadotrofina corionica dosagem de βhCG. .* SL: Sn.

Persaud, L. K. (2018). *Embriologia Básica.* Rio de Janeiro: Elsevier.

Pupo, J. D. (2022). *Pesquisa Quantitativa Em Educação Física: Métodos E Técnicas Investigativas.* São Paulo: Editora Appris.

Resumo sobre gravidez ectópica. https://www.sanarmed.com/resumos-gravidez-ectopica

Rotman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. (2018). *Modern Epidemiology.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

S. L., M. D., R. S., M. D., & V., M. D. (2016). *Prenhez ectóplca .* Guanabara: S.N.

Sadler, T. W. (2017). *Langmann Embriologia médica* (11ª Ed. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Silva, P. M., Júnior, E. A., Cecchino, G. N., Elito, J. J., & Camano, L. (2015). *Effectiveness of expectant management versus methotrexate in tubal ectopic pregnancy: a double-blind randomized trial.* SL: Arch Gynecol Obstet.

Simões, A. (2016). *Metodologia de Investigação Cinetifica. A binvestigação Qualitativa.* Luanda: Mayamba Editora.

Soares,A,& Shitsuka, Dorivaldo.(2018). Metodologia da Pesquisa Científica. arUniversidade Federal de Santa Maria.

Trujillo, F. (2015). *A Metodologia da Pesquisa Cinetífica .* São Paulo: Graw-Hill.

Tulandi, T. (2019). *Clinical manifestations, diagnosis, and management of ectopic pregnancy.* SL: sn.

Vasconcelos, P. R., & Medeiros, F. C. (2016). *Gravidez Ectópica.* Fortaleza: Sn.

White, M. J. (2016). *Cervical pregnancy managed by local excision.* S.l.: S.n.

APÊNDICES

ANEXOS