

## O PERFIL DE MULHERES COM GRAVIDEZ ECTÓPICA ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

## THE PROFILE OF WOMEN WITH ECTOPIC PREGNANCY TREATED AT A PUBLIC HOSPITAL THE RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

Caroline Lima Caxambu<sup>1</sup>  
Edegar Fronza<sup>2</sup>  
Márcia Rejane Strapasson<sup>3</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** descrever o perfil de mulheres com gravidez ectópica (GE) atendidas em um hospital público do Rio Grande do Sul (RS). **Método:** trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, com abordagem quantitativa retrospectiva. O estudo foi realizado em um serviço de ginecologia de um hospital público de grande porte. A amostra constituiu-se da análise de 313 prontuários de mulheres com diagnóstico de gestação ectópica, no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2019. **Resultados:** do total de 313 prontuários de mulheres com GE analisados, a mediana de idade foi de 28 anos, 239 eram brancas, 269 eram solteiras e 166 possuíam ensino fundamental. A mediana da idade gestacional foi de 49 dias, sendo que 229 apresentaram gestações prévias. Não apresentaram doenças prévias 268 mulheres, entretanto, 167 apresentaram algum fator de risco, sendo os mais frequentes: aborto espontâneo (22,0%), tabagismo (19,8%), idade avançada (14,7%) e gestação ectópica prévia (12,1%). A salpingectomia (62,6%), o metotrexato (10,2%) e o tratamento conservador (15,0%) foram os principais tratamentos adotados, sendo a trompa direita (47,9%) e a trompa esquerda (41,2%) as principais localizações da gravidez. **Conclusão:** estratégias de qualificação da atenção à saúde das mulheres em idade reprodutiva podem ser implementadas, bem como, o estabelecimento de protocolos clínicos e obstétricos para investigação e diagnóstico precoce da GE.

**Palavras chave:** Gravidez Ectópica. Fatores de Risco. Diagnóstico Precoce.

<sup>1</sup>Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: [carol\\_limacaxambu@hotmail.com](mailto:carol_limacaxambu@hotmail.com)

<sup>2</sup>Biólogo. Doutor em Biotecnologia, docente da Área do Conhecimento de Ciências da Vida da Universidade de Caxias do SUL (UCS). Caxias do Sul. Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: [fronzabio@yahoo.com.br](mailto:fronzabio@yahoo.com.br)

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio Dos Sinos-UNISINOS. Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: [marcirejane@yahoo.com.br](mailto:marcirejane@yahoo.com.br)

## ABSTRACT

**Objective:** to describe the profile of women with ectopic pregnancy (EG) treated at a public hospital the Rio Grande do Sul (RS). **Method:** this is a cross-sectional, descriptive study, with a retrospective quantitative approach. The study was carried out in a gynecology service of a large public hospital. The sample consisted on the analysis of 313 medical records of women diagnosed with EG, from January 1, 2014 to December 31, 2019. **Results:** of the total of 313 medical records of women with EG analyzed, the average age was 28 years, 239 were white, 269 were single and 166 had elementary school. The average gestational age was 49 days, with 229 having previous pregnancies. 268 women did not have previous diseases, however 167 had some risk factor, the most frequent being: spontaneous abortion (22.0%), smoking (19.8%), old age (14.7%) and previous ectopic pregnancy (12.1%). Salpingectomy (62.6%), methotrexate (10.2%) and conservative treatment (15.0%) were the main treatments adopted, with the right tube (47.9%) and the left tube (41.2%) being the main locations of pregnancy. **Conclusion:** strategies for qualifying health care for women of reproductive age can be implemented as well as establishing clinical and obstetric protocols for the investigation and early diagnosis of EG.

**Key words:** Ectopic Pregnancy. Risk Factors. Early Diagnosis.

**Artigo recebido em:** 05/04/2021

**Artigo aprovado em:** 11/09/2023

**Artigo publicado em:** 29/09/2023

## 1 INTRODUÇÃO

O crescente aumento de mulheres com gravidez ectópica (GE) torna esta patologia um problema de saúde pública<sup>1</sup>. A fisiopatologia da GE está associada ao desenvolvimento de um blastocisto fora do endométrio uterino. A tuba uterina é o local de maior ocorrência da GE, sendo responsável por 96% dos casos, no entanto, esta pode se desenvolver em diversos locais, como em cicatriz de cesariana, colo uterino, cornos uterinos, ovário e cicatriz de histerectomia<sup>2</sup>.

Na Europa e em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, a incidência da GE é de 1%, já em países em desenvolvimento, encontra-se em torno de 3%. No Brasil, existem poucos estudos relativos a esta temática, dificultando um consenso quanto às taxas de ocorrência desta patologia<sup>3</sup>.

A doença inflamatória pélvica (DIP) constitui-se no principal fator de risco associado à GE, seguida da cirurgia tubária, técnica de fertilização assistida, idade avançada, GE prévia, endometriose e exposição ao dietilestilbestrol<sup>2</sup>. Ainda, a idade reprodutiva avançada pode favorecer o desenvolvimento da GE, devido à falha na motilidade das trompas, assim como, o uso do dispositivo intrauterino (DIU), tabagismo, abortos espontâneos e infertilidade<sup>4,3</sup>.

A GE é responsável pela maioria das mortes de mulheres no primeiro trimestre, sendo que 4% a 10% destas sofrem hemorragia seguida de óbito. Devido à sua

gravidade e elevada incidência, é importante que o diagnóstico e o tratamento sejam realizados precocemente<sup>2</sup>.

Corroborando com estes percentuais, estudo reportado por Rocha *et al.*<sup>5</sup> mostra que o diagnóstico é realizado em torno de 5,8 semanas de gestação e em mulheres com idade média de 28,7 anos. Uma das vantagens associadas ao diagnóstico precoce da GE é a possibilidade de redução do número de procedimentos cirúrgicos, levando a diminuição de complicações, como a mortalidade materna e a infertilidade. Neste sentido, Campos *et al.*<sup>6</sup> afirmam que a atenção primária tem papel importante na identificação de fatores de risco que podem levar ao desenvolvimento de uma GE, impactando na redução da internação hospitalar.

É imprescindível a identificação de sinais e sintomas clínicos para a investigação e suspeição da patologia, como o atraso menstrual, o sangramento e a dor pélvica. Para definição do diagnóstico, obrigatoriamente, deve-se realizar medidas séricas do hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana (beta-HCG). Quando positivo, pode-se utilizar exames de imagem para visualização, ou não, da presença de saco gestacional na cavidade uterina. Caso a cavidade esteja vazia, os anexos devem ser avaliados, juntamente com os níveis de beta-HCG, para concluir o diagnóstico de GE e estabelecer o tratamento mais adequado<sup>2</sup>. A ultrassonografia transvaginal (USTV) é considerada padrão-ouro no diagnóstico<sup>3</sup>.

Frente ao diagnóstico precoce da GE, recomenda-se que tratamentos conservadores sejam utilizados, como a conduta expectante. Neste caso, aguarda-se a queda dos níveis de beta-HCG em 48 horas, para que se possa dar seguimento ao tratamento, sendo que a paciente pode ser atendida via ambulatorial, mensurando os níveis de beta-HCG a cada sete dias, até que este negative<sup>7</sup>.

O uso de metotrexato é um aliado no tratamento conservador, buscando preservar a fertilidade das mulheres. Este pode ser administrado via oral, intramuscular ou local, em dose única ou múltiplas doses<sup>7</sup>. A forma mais utilizada é a dose única intramuscular, com dosagem de 50 mg/m<sup>2</sup>, com resultados de beta-HCG <5.000 mUI/MI<sup>8</sup>. Para sua administração, deve-se considerar algumas condições, como o aumento do nível de beta-HCG em 48 horas, estando este menor que 5.000 mUI/mL, o diâmetro do saco gestacional deverá ser menor de 4 cm e a gestante deverá estar hemodinamicamente estável<sup>9</sup>.

Já os tratamentos invasivos, são indicados quando a gestante está com instabilidade hemodinâmica ou apresenta sintomas, como dor abdominal intensa, quando da ruptura da tuba uterina, ou suspeita de gravidez heterotópica. Neste caso, a laparoscopia é considerada padrão-ouro cirúrgico, devido ao rápido acesso, oferecendo um trans e pós-operatório com menos complicações<sup>9</sup>. No entanto, a salpingectomia é uma das cirurgias mais utilizadas, caracterizada pela retirada da trompa acometida. Recomenda-se que, para o seguimento do tratamento considerado radical, deve-se considerar alguns fatores, como sangramento incontrolável, recidiva da GE, desejo reprodutivo da mulher, entre outros que possam colocar a vida dessa gestante em risco. Nas situações em que se deseja manter a fertilidade da mulher, o tratamento cirúrgico mais indicado é a salpingostomia, realizado, preferencialmente, em mulheres com menos de 35 anos de idade<sup>2</sup>.

Este estudo se justifica pelo aumento gradativo de mulheres acometidas pela GE, assim como, pela exposição progressiva destas a fatores de risco associados à patologia. O aumento do uso de DIU e a elevada taxa de cesariana são fatores de risco que vem crescendo a nível global.

Considerando que a GE está relacionada ao aumento da morbidade e da mortalidade feminina, no primeiro trimestre gestacional, entende-se que estudar esta temática possa ser relevante para qualificar a atenção à saúde da mulher, especialmente na fase reprodutiva<sup>10</sup>. Frente a essa problemática, é importante conhecer o perfil de mulheres com GE, buscando a identificação rápida da gestante, estabelecendo, assim, um diagnóstico precoce.

Acredita-se que este estudo possa contribuir na produção de conhecimento junto à comunidade científica, mobilizando estratégias de prevenção ou diagnóstico precoce, frente à identificação do perfil e a presença de fatores de risco para desenvolvimento da GE. Desta maneira, protocolos assistenciais e ações podem ser desenvolvidos, na perspectiva da atenção primária de saúde, objetivando a redução das taxas de infertilidade, devido à necessidade de tratamentos radicais, assim como, a mortalidade materna por complicações da GE.

Frente a estas indagações, tem-se a seguinte questão de pesquisa: “qual é o perfil de mulheres com gravidez ectópica atendidas em um hospital público de Porto Alegre”?

Para tal, o objetivo geral deste estudo é descrever o perfil de mulheres com gravidez ectópica atendidas em um hospital público de Porto Alegre. E, como objetivo específico, identificar as frequências dos principais fatores de risco em mulheres com gravidez ectópica neste hospital público.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, com abordagem quantitativa retrospectiva. O estudo foi realizado em um serviço de ginecologia de um hospital público, de grande porte, localizado no Rio Grande do Sul (RS).

A amostra constituiu-se da análise de prontuários de mulheres com diagnóstico de GE, atendidas em um serviço de ginecologia de um hospital público, referência para a gestação de alto risco, no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2019. Foram excluídos os prontuários não localizados no período da coleta dos dados.

O cálculo amostral foi realizado com a utilização do programa WinPEPI (*Programs for Epidemiologists for Windows*), versão 11.63. Considerando a proporção de aproximadamente 1% nas taxas de gestações ectópicas em países em desenvolvimento<sup>3</sup>, o intervalo de confiança de 99%, uma diferença aceitável de 5% e 10% de possíveis perdas, obteve-se um total de 313 prontuários de mulheres com gestações ectópicas.

A seleção do prontuário com diagnóstico de GE se deu de forma aleatória, conforme critérios de inclusão, buscando contemplar uma amostra de igual proporção de todos os meses do período temporal definido. A identificação do prontuário aconteceu por meio da consulta eletrônica na instituição em estudo, através do Código Internacional de Doenças (CID) 10 O00.9 (gravidez ectópica não especificada), sendo posteriormente acessados através do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

As informações coletadas foram registradas no formulário de coleta de dados e, na sequência, inseridas em banco de dados no programa Microsoft Excel. O banco de dados foi duplamente digitado e revisado no software SPSS, versão 18.0 [SPSS Inc. Released 2009. *PASW Statistics for Windows*, Version 18.0. Chicago: SPSS Inc.].

As variáveis quantitativas foram expressas como médias  $\pm$  desvios padrões das médias (DP) ou por medianas (md) e intervalos interquartílicos (percentis 25 e 75, [P25–P75]), definidos pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Já as variáveis qualitativas, foram descritas por frequências absolutas (n) e relativas (n%). Para todas as análises, o índice de significância estatístico foi estabelecido em 5%.

As variáveis foram assim caracterizadas: dados maternos: idade materna, cor materna, estado civil, escolaridade e profissão; dados obstétricos: paridade, número de consultas pré-natal, idade gestacional, diagnóstico de GE, sabia da gestação; doenças prévias; fatores de risco; tratamento da GE utilizado: conservador, cirúrgico, metrotexato, salpingostomia, colpotomia e localização da GE: trompa direita, trompa esquerda, abdominal, outra.

Para este estudo, foram consideradas as questões éticas conforme a Resolução Ministerial nº 466/2012, que trata da pesquisa em seres humanos<sup>11</sup>. A pesquisa foi realizada após a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e da instituição coparticipante, sob parecer nº 3.390.139, CAAE: 14127119.3.0000.5344.

### 3 RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica das participantes está apresentada na Tabela 1. Em resumo, considerando as 313 mulheres analisadas com diagnóstico de GE, a mediana [P25–P75] de idade foi de 28,00 [24,00 – 33,00] anos, sendo 239 (76,0%) participantes brancas, 269 (85,9%) solteiras, 166 (53,0%) com ensino fundamental completo e 205 (65,5%) que trabalham fora de casa.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das participantes

Variável	Total (N=313)
Idade (anos) – md [P25–P75] (mínimo – máximo)	28,00 [24,00 – 33,00] (15,00 – 46,00)
Etnia – n (n%)	
	Branca 239 (76,4)
	Não branca 74 (23,6)
Situação conjugal – n (n%)	
	Solteira 269 (85,9)
	Casada 35 (11,3)
	Viúva 1 (0,3)
	Divorciada 1 (0,3)
	Outra 7 (2,2)
Escolaridade materna – n (n%)	
	Não escolarizada 2 (0,6)
	Ensino fundamental 166 (53,0)
	Ensino médio 138 (44,2)
	Ensino superior 7 (2,2)
Profissão – n (n%)	
	Do lar 94 (30,0)
	Outra 205 (65,5)
	INO 14 (4,5)

Notas: n: Frequência absoluta.

n%: Frequência relativa.

md: mediana. P25 – P75: intervalo interquartilico (percentis 25 e 75).

INO: Informação não obtida.

Considerando a caracterização obstétrica das participantes (Tabela 2), 299 (73,2%) já tiveram outro parto e 169 (54,0%) sabiam que estavam grávidas. A mediana [P25–P75] de partos vaginais prévios foi de 0,00 [0,00–1,00], enquanto as medianas [P25–P75] de partos cesáreos, abortos, natimortos, gravidez ectópica prévia e número de consultas pré-natais foram de 0,00 [0,00–0,00] para todas as variáveis. Adicionalmente, a mediana [P25–P75] da idade gestacional foi de 49,00 [35,00–59,50] dias.

Tabela 2 – Caracterização obstétrica das participantes

Variável	Total (N=313)
Gestações Prévias – n (n%)	
Não	77 (24,6)
Sim	229 (73,2)
INO	7 (2,2)
Sabia que estava grávida – n (n%)	
Não	143 (45,7)
Sim	169 (54,0)
INO	1 (0,3)
Partos vaginais – md [P25 – P75]	0,00 [0,00 – 1,00]
(mínimo – máximo)	(0,00 – 5,00)
INO	7 (2,2)
Partos cesáreos – md [P25 – P75]	0,00 [0,00 – 0,00]
(mínimo – máximo)	(0,00 – 4,00)
INO – n(n%)	6 (1,9)
Abortos – md [P25 – P75]	0,00 [0,00 – 0,00]
(mínimo – máximo)	(0,00 – 4,00)
INO – n(n%)	6 (1,9)
Natimortos – md [P25 – P75]	0,00 [0,00 – 0,00]
(mínimo – máximo)	(0,00 – 1,00)
INO – n(n%)	6 (1,9)
Gravidez ectópica prévia – md [P25 – P75]	0,00 [0,00 – 0,00]
(mínimo – máximo)	(0,00 – 3,00)
Número de consultas pré-natais – md [P25 – P75]	0,00 [0,00 – 0,00]
(mínimo – máximo)	(0,00 – 3,00)
INO – n(n%)	5 (1,6)
Idade gestacional (dias) – md [P25 – P75]	49,00 [35,00 – 59,50]
(mínimo – máximo)	(3,00 – 147,00)
INO – n(n%)	221 (70,6)

Notas: n: Frequência absoluta.

n%: Frequência relativa.

md: mediana. P25 – P75: intervalo interquartilico (percentis 25 e 75).

INO: Informação não obtida.

A maioria das mulheres não apresentava doenças prévias (85,6%), sendo as frequências de asma (5,1%), hipertensão arterial sistêmica (3,5%), hepatite B (1,0%) e hipotireoidismo (1,0%) as mais prevalentes entre as participantes que apresentavam alguma doença prévia (14,4%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização de saúde das participantes

Variável	Total (N=313)
Doença prévia – n (n%)	
Não	268 (85,6)
Sim	45 (14,4)
Qual doença prévia – n (n%)	
Asma	16 (5,1)
Hipertensão arterial sistêmica	11 (3,5)
Anemia	1 (0,3)
Hepatite B	3 (1,0)
Cirrose, Citomegalovirose, Hepatite autoimune	1 (0,3)
Herpes tipo 2	2 (0,6)
Trombose venosa profunda	1 (0,3)
Arritmia	2 (0,6)
Transtorno de humor bipolar	1 (0,3)
Hipotireoidismo	3 (1,0)
Tuberculose	2 (0,6)
Epilepsia	2 (0,6)
NSA	268 (85,8)

Notas: n: Frequência absoluta.

n%: Frequência relativa.

NSA: Não se aplica.

Por fim, a descrição dos fatores de risco para gestação ectópica está ilustrada na Tabela 4. Em resumo, uma parcela das mulheres não apresentava fatores de risco para gestação ectópica (46,6%), enquanto que aborto espontâneo (22,0%), tabagismo (19,8%), idade avançada (14,7%) e gestação ectópica prévia (12,1%) foram as mais frequentes entre as mulheres que apresentavam algum fator de risco para gestação ectópica (53,4%). A salpingectomia (62,6%), o metotrexato (10,2%) e o tratamento conservador (15,0%) foram os principais tratamentos adotados para as gestações ectópicas analisadas, sendo a trompa direita (47,9%) e a trompa esquerda (41,2%) as principais localizações da gravidez.

Tabela 4 – Fatores de risco para gestação ectópica, tratamento e localização

Variável	Total (N=313)
Fator de risco para gestação ectópica – n (n%)	
Não	146 (46,6)
Sim	167 (53,4)
Fator de risco para gestação ectópica – n (n%)	
Doença inflamatória pélvica	9 (2,9)
Aborto espontâneo	69 (22,0)
Gestação ectópica prévia	38 (12,1)
Tabagismo	62 (19,8)
Cirurgia tubária	19 (6,1)
Idade Avançada	46 (14,7)
Laqueadura	14 (4,5)
Dispositivo intrauterino	5 (1,6)
Infecção por HIV	5 (1,6)
Sífilis	6 (1,9)
Endometriose	1 (0,3)
Clamídia	3 (1,0)
Drogas ilícitas	8 (2,6)
Herpes	1 (0,3)
NSA	146 (46,6)
Tratamento – n (n%)	
Anexectomia	8 (2,6)
Cirúrgico	6 (1,9)
Conservador	47 (15,0)
Curetagem	3 (1,0)
Metotrexato	32 (10,2)
Ooforoplastia	3 (1,0)
Ooforectomia	1 (0,3)
Salpingostomia	16 (5,1)
Salpingectomia	196 (62,6)
Salpingoplastia	4 (1,3)
Salpingólise	1 (0,3)
Localização – n (n%)	
Abdominal	3 (1,0)
Corno uterino esquerdo	2 (0,6)
Trompa direita	150 (47,9)
Trompa esquerda	129 (41,2)
Ovário direito	11 (3,5)
Ovário esquerdo	16 (5,2)
Região intramural	1 (0,3)
Região retrouterina	1 (0,3)

Notas: n: Frequência absoluta.

n%: Frequência relativa.

HIV: Vírus da imunodeficiência humana.

NSA: Não se aplica

#### 4 DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu identificar o perfil de mulheres com GE de um hospital público de Porto Alegre. A amostra foi composta por 313 mulheres com diagnóstico de GE, apresentando uma mediana de idade de 28 anos. Idade semelhante foi encontrada em estudo realizado por Rocha *et al.*<sup>5</sup>, com quinze mulheres com diagnóstico de GE, que ingressaram na emergência obstétrica de um hospital universitário de São Paulo, registrando uma média de idade de 28,7 anos.

Ainda, pesquisa realizada por Lima *et al.*<sup>12</sup>, verificou que a maioria das mulheres pesquisadas com GE eram jovens e apresentavam idade entre 25-29 anos. Divergindo destes achados, Martins-Costa *et al.*<sup>2</sup> afirmam que a idade avançada pode ser um fator de risco associado à patologia. Desta forma, mulheres com mais de 35 anos tem oito vezes mais chances de desenvolver GE, devido às alterações fisiológicas e biológicas acometidas pela idade.

A associação entre etnia e GE vem sendo amplamente investigada. Neste sentido, estudo de Stulberg *et al.*<sup>13</sup> mostra que mulheres negras tem maior risco de desenvolvimento de GE, divergindo do presente estudo em que a maioria das mulheres (85,9%) eram brancas. No entanto, estudo conduzido por Campos *et al.*<sup>6</sup>, realizado na cidade de Belém (PA), registrou que 80% das mulheres entrevistadas eram pardas, divergindo dos estudos mencionados anteriormente.

O baixo nível de escolaridade registrado no estudo divergiu dos achados de Rocha *et al.*<sup>5</sup>, que mostraram mulheres com nível de escolaridade elevado. Já estudo de Campos *et al.*<sup>6</sup>, registrou que 40% das mulheres com GE incluídas na pesquisa apresentavam ensino fundamental incompleto, corroborando com dados encontrados neste estudo.

Da amostra estudada, (73,2%) das mulheres já haviam engravidado previamente e mais da metade conheciam o diagnóstico da gestação atual. Nesta perspectiva, a investigação de Lima *et al.*<sup>12</sup>, com mulheres com GE, mostra que a maioria era multipara, assim como a pesquisa de Campos *et al.*<sup>6</sup>, em que 93% da amostra já havia tido outras gestações prévias. Por outro lado, a mesma investigação mostra que 87% das entrevistadas informaram não saber da gravidez atual.

Por se tratar de gestação inicial, a maioria das mulheres não havia iniciado acompanhamento de pré-natal. A mediana de idade gestacional no momento do diagnóstico de GE foi de 49 dias, o que equivale a sete semanas. Semelhante a estes achados, estudo de Dillon *et al.*<sup>14</sup> encontrou uma mediana de 5,9 semanas de gestação em mulheres com diagnóstico de GE. Conforme a literatura, os sintomas podem ser observados entre a sexta e oitava semana de gestação<sup>15,2</sup>.

O diagnóstico precoce em mulheres com GE está relacionado com melhores desfechos maternos e reprodutivos, sendo considerado excelente indicador assistencial. Confirmando esta premissa, estudo de Lisonkova *et al.*<sup>16</sup>, realizado em Washington, registrou aumento nas taxas da morbimortalidade materna por GE grave, passando de 0,29 por 1.000 mulheres hospitalizadas, em 1987-1991, para 1,65 por 1.000, em 2010-2014, sendo que a transfusão sanguínea foi necessária em 73,42% das mulheres com GE rota. A mesma investigação aborda que o conhecimento atualizado e a informação globalizada a respeito da patologia qualificou a assistência com diagnóstico precoce e com uso de metotrexato, evitando, assim, os tratamentos cirúrgicos<sup>16</sup>.

Quanto à saúde das participantes, a maioria (85,6%) não apresentava comorbidades prévias. No entanto, as mais prevalentes foram a asma (5,1%), hipertensão arterial sistêmica (3,5%), hepatite B (1,0%) e hipotireoidismo (1,0%). Uma investigação conduzida por Rocha *et al.*<sup>5</sup>, na cidade de São Paulo, registrou baixo

percentual de mulheres (13,3%) com alguma doença prévia, sendo a asma a patologia de maior ocorrência. Nesta perspectiva, o estudo realizado, nos Estados Unidos, por Turkeltaub *et al.*<sup>17</sup>, referencia a asma como fator que predispõe o comprometimento da fertilização, levando à GE, abortos espontâneos e natimortalidade. A pesquisa mostra risco aumentado quando associado à asma nas mulheres tabagistas, tendo em vista que o tabaco eleva consideravelmente a fertilidade em comparação com mulheres não fumantes.

A ocorrência de GE está associada a múltiplos fatores, dentre eles, a literatura destaca a GE prévia, tabagismo, idade avançada, cirurgia tubária, Infecções sexualmente transmissíveis e DIP<sup>18,2</sup>.

A DIP está associada à GE pela capacidade de obstrução e lesão tubária, sendo que, quanto maior a ocorrência da infecção, maior o risco de desenvolver GE. Igualmente o uso do DIU, que, apesar de ser um método contraceptivo eficaz, em caso de falha, pode levar a uma gestação tubária, assim como, o consumo de nicotina pode alterar a motilidade tubária e a atividade ciliar, aumentando o risco para esta patologia<sup>18</sup>.

Ainda, a GE prévia pode estar relacionada às recidivas de novas ocorrências de GE, uma vez que o tratamento utilizado pode prejudicar a motilidade tubária ou provocar aderências pélvicas e, quando associada à idade avançada, as chances de acometimento pela patologia aumentam<sup>19,20</sup>.

Por sua vez, alguns desses fatores foram identificados no presente estudo, sendo que mais da metade (53,4%) das mulheres apresentava algum fator de risco no seu histórico clínico e obstétrico. O histórico de abortamento espontâneo prévio apresentou-se com maior frequência (22,0%), seguido do tabagismo (19,8%), da idade avançada (14,7%) e da gestação ectópica prévia (12,1%). Reforçando estes dados, investigações desta magnitude mostraram que a idade avançada e o tabagismo<sup>21</sup>, assim como o aborto espontâneo<sup>4</sup>, estão frequentemente associados à ocorrência de GE.

A esterilização voluntária feminina é um fator associado à GE com baixa frequência, no entanto, na ocorrência de falha do método, pode acometer as mulheres. Pesquisa realizada por Lin *et al.*<sup>22</sup> em Taiwan, na China, registrou um caso com mulher de 36 anos, que apresentou uma GE posterior a uma laqueadura tubária, na qual foi submetida à laparoscopia para tratamento da mesma. Este estudo de caso corrobora os achados desta pesquisa, em que 14 mulheres (4,5%) apresentaram ligadura tubária previamente à GE.

Os principais tratamentos adotados frente à ocorrência da GE, neste estudo, foram a salpingectomia (62,6%), o metotrexato (10,2%) e o tratamento conservador (15,0%). Ratificando estes dados, um estudo brasileiro realizado por Lima *et al.*<sup>12</sup>, informa que 100% das mulheres com diagnóstico da doença foram submetidas à salpingectomia, sendo necessário, por vezes, realizar também a ooforectomia. A pesquisa evidencia que o tratamento invasivo é bastante utilizado e, dependendo da condição ginecológica e clínica da mulher, esta frequência ainda pode aumentar,

podendo comprometer definitivamente a fertilidade feminina, em casos de salpingectomia bilateral, por exemplo<sup>12</sup>.

Corroborando com os achados mencionados anteriormente, pesquisa realizada na Índia, acompanhou, por um ano, mulheres que ingressaram no ambulatório e pronto-socorro do hospital, com diagnóstico de GE, e identificou que 78,1% destas foram submetidas à salpingectomia<sup>23</sup>.

A escolha do tratamento pode variar de acordo com o quadro clínico da gestante, com a localização da GE, com os recursos disponíveis e, até mesmo, pela preferência do profissional médico. A salpingectomia é o procedimento tradicional instituído, sendo recomendada em casos de tuba uterina rota, instabilidade hemodinâmica ou em casos de GE prévias na mesma tuba<sup>18</sup>.

A salpingectomia constitui tratamento invasivo, indicado para mulheres jovens e que ainda desejam engravidar, uma vez que busca preservar a fertilidade, retirando apenas do saco gestacional seus produtos, a partir de uma incisão na tuba uterina<sup>2</sup>. Nesta perspectiva, o metotrexato é outra opção terapêutica que pode ser implementada buscando preservar a fertilidade. No entanto, sua administração requer estabilidade hemodinâmica da gestante, o nível de BHCG deve ser menor que 5000 mUI/mL, e a GE não poderá ter suspeita de ruptura. A gestante deverá ser acompanhada até que os níveis de BHCG baixem, podendo levar de duas a três semanas ou, ainda, até oito semanas<sup>20</sup>.

Já o método conservador ou expectante, não requer intervenções medicamentosas ou cirúrgicas, esperando-se por uma queda acentuada dos níveis de BHCG a cada 48 horas. Para adoção desse método, as gestantes devem estar estáveis hemodinamicamente, informadas dos riscos de ruptura da trompa e da necessidade de atenção às alterações clínicas e obstétricas que podem ocorrer<sup>2</sup>.

Por fim, o presente estudo identificou que os principais locais de desenvolvimento de uma GE foram nas trompas, mais especificadamente, (47,9%) na trompa direita e (41,2%) na trompa esquerda. Neste contexto, a pesquisa realizada por Lima et al.<sup>12</sup> corrobora com os dados citados anteriormente, pois todas as GEs apresentadas no estudo foram localizadas nas trompas, divergindo apenas quanto ao lado acometido, sendo 55% na trompa esquerda. Já no estudo de Campos et al.<sup>6</sup>, 60% das mulheres tiveram a trompa direita acometida. Nesta perspectiva, Martins-Costa et al.<sup>2</sup> confirmam que 95% a 96% das GEs ocorrem nas tubas uterinas, ratificando os achados desta pesquisa.

## 5 CONCLUSÃO

Esta investigação possibilitou identificar o perfil de mulheres com GE de um hospital público de Porto Alegre e conhecer a frequência de fatores de risco associados à patologia.

A amostra foi constituída, na sua maioria, por mulheres jovens, brancas, com baixa escolaridade e com gestação prévia. Mais da metade (53,4%) das mulheres

apresentava algum fator de risco clínico e/ou obstétrico para GE, convergindo com a literatura, como histórico de abortamento espontâneo prévio, tabagismo, idade avançada e gestação ectópica prévia. Apesar da esterilização voluntária feminina ser apresentada na literatura com baixa frequência, foi registrada em (4,5%) das mulheres. O diagnóstico de GE foi estabelecido precocemente, favorecendo o tratamento conservador, no entanto, a salpingectomia foi necessária para mais da metade das mulheres, levando ao comprometimento da vida reprodutiva.

Nesta perspectiva, o estudo mostra que a GE constitui problema de saúde pública, devido às implicações na vida reprodutiva das mulheres e o risco de morte materna. Por isso, a importância de se estabelecer diagnóstico precoce, a fim de preservar a fertilidade feminina e reduzir complicações, além da necessidade de tratamentos cirúrgicos e invasivos que possam comprometer os órgãos reprodutivos.

O estudo reafirma a relevância da atenção primária de saúde na identificação dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de GE, assim como os sinais e sintomas relacionados.

As limitações do estudo versam na utilização de fontes secundárias para coleta das informações e a constatação de sub-registros, que implicam na generalização dos resultados. São escassas as produções científicas que apresentem a ocorrência de GE no Brasil e no Rio Grande do Sul.

Este estudo não teve a intenção de esgotar o assunto, haja vista a complexidade da temática proposta. Portanto, sugerem-se novas investigações de seguimento, que possibilitem apresentar os desfechos reprodutivos destas mulheres, assim como, sua prevalência.

Estratégias de qualificação da atenção à saúde das mulheres em idade reprodutiva podem ser implementadas, como o estabelecimento de protocolos clínicos e obstétricos para investigação e diagnóstico precoce da GE, assim como, o encaminhamento para serviço especializado, em momento oportuno.

## REFERÊNCIAS

1. Capmas P, Bouyer J, Fernandez H. Treatment of ectopic pregnancies in 2014: new answers to some old questions. *Fertil Steril*. [Internet]. 2014 [acesso em 28 mar. 2021]; 101 (3): 615-20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24559615/>
2. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JÁ, Passos EP, Freitas F. Rotinas em obstetrícia. In: PASSOS EP, DEOS LR, GARCIA TS. *Gestação ectópica*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.p. 1087-1102.
3. Peixoto RL, Mello RMS, Miranda F. Tratamento clínico de gravidez ectópica com uso do metotrexate. *Rev Rede Cuid. Saúde*. [Internet]. 2017 [acesso em 28 mar. 2021]; 11 (2): 1-18. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/4519/2460>.

4. Leite TS, Almeida DC, Viseu O, Dias J. É mesmo uma gravidez ectópica anexial? Uma apresentação atípica. *Acta Obstet. Ginecol. Port.* [Internet]. 2018 [acesso em 28 mar. 2021]; 12 (3): 220-223. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v12n3/v12n3a08.pdf>
5. Rocha GHS, Benute GRG, Cabar FR, Pereira PP, De Lucia MCS, De Francisco RPV. Gestação ectópica: compreensão e crenças a respeito do diagnóstico, tratamento e suas repercussões. *Psicologia Hospitalar.* [Internet]. 2013 [acesso em 28 mar. 2021]; 11 (2): 2-26. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v11n2/v11n2a02.pdf>
6. Campos LCO, De Sá CS, Santos NA, Oliveira TNC, Coelho MB. Perfil socioepidemiológico de mulheres acometidas por gravidez ectópica atendidas em um hospital público de referência em gestação de alto risco na cidade de Belém, Estado do Pará, Brasil. *Rev. Pan-Amaz. Saude.* [Internet]. 2012 [acesso em 31 mar. 2021]; 3 (4): 35-42. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v3n4/v3n4a04.pdf>
7. Magalhães ALC, De Jesus NR, Trajano AJB. Tratamento clínico da prenhez ectópica. *Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto.* [Internet]. 2015 [acesso em 31 mar. 2021]; 14 (2): 24-28. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/18349/14333>
8. Coutinho T, Coutinho CM, Coutinho LM. Gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: uma complicação emergente. *Femina.* [Internet]. 2014 [acesso em 31 mar. 2021]; 42 (1): 21-26. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n1/a4809.pdf>
9. Taran FA, Kagan KO, Hübner M, Hoopmann M, Wallwiener D, Brucker S. The diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Dtsch. Arztebl. Int.* [Internet]. 2015 [acesso em 31 mar. 2021]; 112 (41): 693-703. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4643163/>
10. Pinto HC, Jung LK, Wendland E, Heineck SC. Colpotomia no tratamento da gestação ectópica. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Int.* [Internet]. 2015 [acesso em 31 mar. 2021]; 34 (3): 118-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n3/a05v34n3.pdf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [acesso em 05 de abril de 2021]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
12. Lima, ACS, Rêgo AD, Teixeira AS, Silva DKB, Gonçalves FN, Belfor JA, Abreu MWB. Aspectos clínico-epidemiológicos da gravidez ectópica em um hospital da região amazônica: análise do período de 2010 a 2014. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.* [Internet]. 2019 [acesso em 31 mar. 2021]; 1 (5): 92-107. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/4738/63b18c4003223e0059c05b479e3d99066dc4.pdf>

13. Stulberg DB, Cain LR, Dahlquist I, Lauderdale DS. Ectopic pregnancy rates and racial disparities in the Medicaid population, 2004-2008. *Fertil. Steril.* [Internet]. 2014 [acesso em 31 mar. 2021]; 102 (6): 1671-1676. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4255335/>
14. Dillon KE, Sioulas VD, Sammel MD, Chung K, Takacs P, Shaunik A, Barnhart KT. How and when human chorionic gonadotropin curves in women with an ectopic pregnancy mimic other outcomes: differences by race and ethnicity. *Fertil. Steril.* [Internet]. 2012 [acesso em 31 mar. 2021]; 98 (4): 911-916. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3731034/>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. [acesso em 05 de abril de 2021]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)
16. Lisonkova S, Tan J, Wen Q, Abdellatif L, Richter LL, Alfaraj S, Yong PJ, Bedaiwy MA. Temporal trends in severe morbidity and mortality associated with ectopic pregnancy requiring hospitalisation in Washington State, USA: a population based study. *BMJ Open.* [Internet]. 2019 [acesso em 31 mar. 2021]; 9 (2): art. e024353. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/2/e024353.full.pdf>
17. Turkeltaub PC, Lockey RF, Holmes K, Friedmann E. Asthma and/or hay fever as predictors of fertility/impaired fecundity in U.S. women: National Survey of Family Growth. *Scientific Reports.* [Internet]. 2019 [acesso em 31 mar. 2021]; 9 (18711). Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-019-55259-8>
18. Berek, Jonathan S. Tratado de ginecologia. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
19. Jacob L, Kalder M, Kostev K. Risk factors for ectopic pregnancy in Germany: a retrospective study of 100,197 patients. *Ger. Med. Sci.* [Internet]. 2017 [acesso em 31 mar. 2021]; 15: 1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5738501/?report=classic>
20. Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. *Fertil. Res. Pract.* [Internet]. 2015 [acesso em 31 mar. 2021]; 1 (15): 1-20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5424401/?report=classic>
21. Fram KM, Saleh S, Thikerallah F, Fram F, Fram R, Rawahneh H, Khrais M, Darwish T. Setting priorities in the conventional approaches in managing ectopic pregnancy; is it time to reform? A teaching hospital experience. *Prz. Menopauzalny.* [Internet]. 2019 [acesso em 31 mar. 2021]; 18 (4): 222-226. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7045355/>

22. Lin CM, Ku YL, Cheng YT, Giin NY, Ou YC, Lee MC, Lee CY. An uncommon spontaneous right distal tubal pregnancy post bilateral laparoscopic sterilization: A case report. *Medicine (Baltimore)*. [Internet]. 2019 [acesso em 31 mar. 2021]; 98 (4): 1-3. Disponível em: [https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2019/01250/An\\_uncommon\\_spontaneous\\_right\\_distal\\_tubal.39.asp](https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2019/01250/An_uncommon_spontaneous_right_distal_tubal.39.asp)
23. Ranji GG, Rani GU, Varshini S. Ectopic pregnancy: risk factors, clinical presentation and management. *J. Obstet. Gynaecol. India*. [Internet]. 2019 [acesso em 31 mar. 2021]; 68 (6): 487-492. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6207546/>