

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MULHERES QUE APRESENTAM GRAVIDEZ
ECTÓPICA
XV INIC / XI EPG - UNIVAP 2011**

Rafaela Cristina Bueno Alves Leite Rodrigues¹, Celina Pinto Alves², Adriana Valério Evangelista³, Diane Bordinhon Fonseca⁴, Eliana Fátima de Almeida Nascimento

¹Universidade de Taubaté, Departamento de Enfermagem, Rua Salvador Fernandes Furtado, nº 251, Vila Nogueira, Taubaté – SP. rafaelaalvesleite@gmail.com

²Universidade de Taubaté, Departamento de Enfermagem. celinapalves@hotmail.com

³Universidade de Taubaté, Departamento de Enfermagem. valeriodri@hotmail.com

⁴Universidade de Taubaté, Departamento de Enfermagem. dianesjc@hotmail.com
Universidade de Taubaté, Departamento de Enfermagem. efanascimento@yahoo.com.br

Resumo- Caracterizar o perfil sociodemográfico, patológico, das mulheres internadas com GE em um hospital geral do vale do Paraíba- SP, foi o objetivo deste estudo. A pesquisa foi retrospectiva, documental, descritiva, quantitativa, realizada no período de 2005 a 2009. Foram pesquisados 43 prontuários e constatou-se: idade mais acometida de 29 a 32 anos, em, 13 (30,20%); etnia branca em, 31 (72,10%); estado civil casada em, 29 (67,40%); com 2º grau completo, 21 (48,80%); sendo nulíparas, 14 (32,06%); quanto a anticoncepção, 17 (39,50%) fazem uso e 17 (39,50%) não; tiveram uma gestação, 13 (30,23%); A Doença Sexualmente Transmissível (DST) foi ignorado, em 22 (51,20%); e quanto a localização da GE foi em 34 (79,10%) na região tubária. É necessário que essas mulheres conheçam os fatores de risco e a prevenção das infecções genitais que podem favorecer a GE.

Palavras-chave: Gravidez, Gravidez ectópica; Gravidez tubária; Gravidez extra-uterina.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

Introdução

A gestação é um fator esperado por algumas mulheres, é um período importante no contexto familiar; para que ocorra a concepção é necessário a união do espermatozoide com o óvulo.

A Gravidez Ectópica (GE) é quando ocorre a implantação do ovo fora de sua cavidade endometrial, pode ocorrer no aparelho genital ou fora dele; no aparelho genital é comum com nidações ovarianas, tubárias, em situações irregulares do útero e entre os folhetos do ligamento largo. Fora do aparelho genital, na cavidade peritoneal, raramente ocorre (BENZECRY et al., 2001).

A incidência da GE tem aumentado nas últimas décadas devido a infecções genitais por clamídia e gonococos são uma das causas que tem contribuído para o aumento do número de mulheres com sequela tubária, e conseqüentemente os casos de GE. (ARAL, 2001).

A GE é localizada nas trompas, ocorre em quase 95% dos casos, observa-se hemorragia no primeiro trimestre com quadro de abdome agudo Neme, (1995); Elito et al. (1999).

Os fatores de risco que aumentam o índice de GE; dentre eles, estão o Dispositivo Intrauterino (DIU),

infertilidade, aborto induzido, aderências pélvicas, cirurgias abdominais e contraceptivos de progestágenos. Além destes fatores foi observado, em estudos com populações europeias, que o fator mais importante de risco para a GE foi antecedentes de doença pélvica infecciosa e hábito de fumar; e infecções de trato reprodutivo aumentam os riscos de uma GE (BARLOW et al., 2001); (BOYER et al., 2003).

Muitas doenças inflamatórias pélvicas como *Neisseria gonorrhoeae* e/ou *Chlamydia thrachomatis* que geralmente são constituídas de uma complicação por Doenças sexualmente transmissíveis (DST), e apresenta quadros de cervicite, diagnosticada pela presença de secreção mucopurulenta pelo orifício externo do colo uterino, juntamente com o processo inflamatório local, podendo ser acompanhado por dor pélvica crônica ou dispareunia. Muitas vezes, é pouco ou nada sintomática, sendo sua evolução insidiosa, fazendo com que poucas mulheres busquem tratamento, acarretando muitos danos nas trompas de falópio. Esses danos podem ser parciais ou totais e ter como sequelas a GE, esterilidade definitiva e/ou dor pélvica crônica (MARQUES e MENEZES, 2005).

Segundo dados levantados, por Nagib e Silva. (2000) e Aral. (2001) a mortalidade tem diminuído ao longo da última década, por meio de diagnóstico precoce

da GE, a gravidez ectópica ainda tem sido responsabilizada por 9% das mortes no primeiro trimestre das gestações nos Estados Unidos.

Metodologia

O estudo foi realizado com mulheres internadas com diagnóstico de GE, no período de 2005 a 2009, em um hospital geral do vale do Paraíba – SP. A pesquisa foi exploratória descritiva e com abordagem quantitativa, o método foi o indutivo.

Os dados foram coletados por meio de prontuários de pacientes, nos meses de maio a junho de 2010.

A pesquisa teve início após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Taubaté, nº 080/10 e da instituição em que foi realizada. Portanto este resultado vem corroborar coma a literatura pesquisada.

Resultados

Foram pesquisados 43 prontuários de mulheres com o diagnóstico de GE, onde retrataremos o perfil sociodemográfico e patológico das mulheres estudadas, constatou-se: idade mais acometida de 29 a 32 anos, em 13 (30,20%); etnia branca em, 31 (72,10%); com 2º grau completo, 21 (48,80%); estado civil casada ou com companheiro em, 29 (67,40%); conforme a Tabela 1.

Quanto aos dados patológicos representados na Tabela 2, 14 (32,06%) eram nulíparas; quanto à anticoncepção, 17 (39,50%) não fazem uso e 17 (39,50%); com somente uma gestação, 13 (30,23%); a Doença Sexualmente Transmissível (DST) foi ignorada, em 22 (51,20%); a localização foi em 34 (79,10%) na região tubária.

Discussão

Este estudo baseou-se nos casos de GE de um hospital geral do vale do Paraíba-SP, no período de 2005 a 2009.

Foi um estudo retrospectivo com base nos resultados apontados nos prontuários de 43 (100%) mulheres com diagnóstico de GE, no qual apresentaremos os resultados encontrados a partir dos aspectos sociodemográficos e patológicos.

Tabela 1- Distribuição do perfil de mulheres com o perfil de GE.

Faixa etária	Numero de Pessoas	%
17 - 20 anos	5	11,6
21 - 24 anos	6	14,0
25 - 28 anos	9	20,9
29 - 32 anos	13	30,2
Mais	10	23,3
Total	43	100
Etnia	Numero de Pessoas	%
Branca	31	72
Amarela	0	-
Parda	11	26
Negra	1	2
Total	43	100
Estado Civil	Numero de Pessoas	%
Solteira	13	30,2
Casada/ Parceiros	29	67,4
Divorciada	1	2,3
Viúva	0	0,00
Total	43	100
Escolaridade	Numero de Pessoas	%
1º Grau completo	11	25,6
1º Grau incompleto	3	7,0
2º Grau completo	21	48,8
2º Grau incompleto	0	0,00
Superior completo	2	4,7
Superior Incompleto	0	0,00
Não relatado	6	14,0
Total	43	100

Conforme representa a Tabela 1, a idade das mulheres com diagnóstico de GE variou de 17 a 32 anos, a faixa etária que prevaleceu foi de 29 a 32 anos; com 13 (30,2%) dados semelhantes foram encontrados em estudos realizados por Fernandes et al. (2004), onde a faixa etária que prevaleceu em 80% dos casos foi de 20-34 anos.

Outro estudo apontou a idade entre 25 a 35 anos, na maioria delas, Fernandes et al. (2007), e segundo os casos estudados por Fainete et al. (2008), prevaleceu a idade entre 20 a 29 anos com 54,69% dos casos de GE.

Os dados encontrados neste estudo referente à faixa etária da literatura pesquisada, onde a população mais acometida pela GE são mulheres jovens em período fértil.

Os dados quanto à etnia das mulheres com diagnóstico de GE, na Tabela 1 mostra que prevaleceu a etnia branca, em 31 (72,1%) dos casos, este resultado corrobora com estudos de Villas Boas et al. (1988), que apontou nos seus resultados em 80 casos estudados que as mais acometidas foram as mulheres brancas,

este dado é pouco encontrado na literatura o que pode ser relevante para futuras pesquisas.

O estado civil das mulheres com diagnóstico de GE, está representado na Figura 3 onde prevaleceu com 29 (67,5%) as casadas ou com companheiro, dados muito próximos foram encontrados em estudo de Fernandes et al. (2004) que 76% das mulheres eram amasiadas, não foi encontrado esses dados em outros estudos demonstrando não serem dados relevantes, (Tabela1).

No que se refere à escolaridade das mulheres com diagnóstico de GE, onde 21(48,8%) delas tinham pelo menos o segundo grau completo, estes dados corroboram com Fernandes et al., 2004, que observou em sua pesquisa o nível de escolaridade 50%(76) das estudadas, sendo que 37% do total das mulheres tinham escolaridade de 8 anos ou mais.

Os dados deste estudo demonstram que as mulheres pesquisadas possuem um grau de instrução, o que nos leva a pensar que as mesmas tem buscado conhecimento por meio do estudo formal.

A educação é um fator primordial para que a população tenha condições de compreender as orientações e esclarecimentos em vários âmbitos, sobre tudo na área da saúde e na prevenção de doenças.

Tabela 2- Distribuição de característica específica em mulheres que apresentam GE.

Numero de Filhos	Numero de Pessoas	%
0	14	32,6
1	12	27,9
2	8	18,6
3	5	11,6
4	3	7,0
5 ou Mais	1	2,3
Total	43	100
Uso de contraceptivos	Numero de Pessoas	%
Sim	17	39,5
Não	17	39,5
Não relatado	9	20,9
Total	43	100
Numero de Gestações	Numero de Pessoas	%
1	13	30,2
2	8	18,6
3	7	16,3
4	6	14,0
5	6	14,0
6	2	4,7
9	1	2,3
Total	43	100
Localização da Gestação	Numero de Pessoas	%
Tubária	34	79,1
Ovário	5	11,6
Não relatado	4	9,3

Total	43	100
--------------	-----------	------------

Relacionado ao número de filhos das mulheres com diagnóstico de GE, representados na Tabela 2, no qual 14 (32,06%) eram nulíparas, dados divergentes dos estudos realizados por Fernandes et al. (2007), no período de 1995 a 2000, que investigou 96 casos de GE, ressalta que 85,4% tinha pelo menos um filho vivo e 14,6% era nulíparas. E os resultados deste estudo nos leva pensar que essas mulheres podem apresentar futuros problemas quanto a sua fertilidade.

Das mulheres com diagnóstico de GE, 17 (39,5%), fazem uso de métodos contraceptivos e 17 (39,5%) referiram não usar; 10(21%) não responderam a esta questão, resultados consideráveis para o uso de contraceptivos foram relatados nos estudos de Fernandes et al. (2004), em que 72% utilizava, 10,4% já havia utilizado DIU e apenas 13,9% nunca havia utilizado contracepção. Métodos de contracepção aumentam os riscos para GE como DIU, contraceptivos de progestágenos entre outros (Barlow et al., 2001; Boyer et al., 2003).

As mulheres com diagnóstico de GE, desse estudo relacionado às gestações aponta 13 (30,23%) com apenas uma gestação, corroborando com estudos de Riva et al. (2006), no qual 26 mulheres atendidas no Hospital Ana Costa, no serviço de Obstetrícia, notou-se a predominância em relação a paridade, já que 40,74% era primigesta, 37,04% era secundigestas e 22,22% era tercigestas, mas diverge do estudo de Santos et al. (2007), demonstrando mulheres com mais de quatro gestações, apontando ainda que são mais propensas a desenvolver GE, além da idade mais avançada e do tabagismo.

Os dados deste estudo apontam para uma maior incidência de GE em mulheres primigestas, não foram encontrados dados na literatura que possa sustentar este resultado como sendo uma característica da incidência de GE.

No que se refere à prevalência de DST em mulheres com diagnóstico de GE, no qual 22 (51,2%) não informaram este dado, o que demonstra ser uma falha no histórico das pacientes, não apresenta este dado; pois Marques & Menezes (2005) mostra em sua pesquisa que nenhuma outra DST foi tão frequente quanto às por *Chlamydia trachomatis*, que é muito difícil seu diagnóstico pela ausência de sintomas, em 80% dos casos infectados, ocasionando danos tubários, provocando assim uma possível GE.

Pela afirmação de Marques a DST é de difícil diagnóstico ela sintomatologia e deveria ser levada em consideração no histórico do paciente como um dado importante para o diagnóstico de GE no que neste estudo não demonstrou ser, pois o que prevaleceu foi o de não informado.

Quanto a localização da GE na Tabela 2 das mulheres com diagnóstico de GE, 34 (79,10%) foi tubária, o que corrobora com estudo de Villas Boas et al. (1988), no qual foram encontrados 80 casos de prenhez

tubária dos 82 casos de GE; também pelos relatos de Faneite et al. (2008), em que 94,42% era de localização nas trompas, por Riva et al. (2006), em que das 26 pacientes com diagnósticos de GE, 92,60% era tubária e Han et al. (1999), em que 70 pacientes de GE eram tubária íntegra. Estudos realizados na década passada já apontavam para uma maior incidência de GE em localização tubária, o que pode estar intimamente relacionado com a anatomia do aparelho reprodutor feminino, capaz de proporcionar uma acomodação ao ovo já fecundado em diferentes regiões da qual o mesmo deveria alojar-se.

Conclusão

Os dados coletados nesta pesquisa nos permitiram encontrar os seguintes resultados do perfil sociodemográfico e patológico das mulheres internadas em um hospital do vale do Paraíba no período de 2005 a 2009, com diagnóstico de GE.

A idade predominante foi de 29 a 32 anos, casadas, etnia branca, tinha o segundo grau completo, eram nulíparas, tiveram uma gestação, a Doença Sexualmente Transmissível (DST), em 22 (51,20%); a localização da GE foi tubária.

Conclui-se que é necessário orientar mulheres quanto à prevenção dos fatores de risco evitando assim as infecções genitais e as DST com o uso frequentes de preservativos e o uso de métodos contraceptivos de maneira correta, e que estes são fatores que contribuem para GE.

Referências

- ARAL, S.O. Sexually Transmitted diseases: magnitude, determinants and consequences. **Int J STD AIDS**, v.12, p.211-215, 2001.
- BENZECRY, R; OLIVEIRA, H.C; LEMGRUBER, I. Tratado de Obstetrícia da Febrasgo. 1º ed. Rio de Janeiro: **Revinter**, p.445-446, 2001.
- BARLOW, R.E.L; COOKE, I.D; ODUKOYA O. et al. A prevalência de Clamídia Tricomonas em amostras de tecidos frescos de pacientes com Gravidez Ectópica ou fator tubário infertilizante determinado por PCR em sítio. **J Med Microbiol**, v. 50, p.902-908, 2001.
- BOYER, J; COSTE, J; SHOJAEI, T. et al. Risk Factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis base o a large case-control, populations-based study in France. **Am. J. Epidemiol**, v.157, p.185-194, 2003.
- ELITO, J.J; REIDHMANN, A; UCHIYAMA, M.N; CAMANO L. Predictive score for the systemic treatment of unrupture ectopic pregnancy with a single dose of methotrexate. **Int. J. Gynaecol. Obstet**, v. 67, p.75-79, 1999.
- FANEITE, P; AMATO, R; FANEITE, J. et al. Embarazo Ectópico 2000-2007. **Rev Obstet Ginecol Venez**, v.68, n.3, p.155-159, 2008.
- FERNANDES, A.M.S; RIBEIRO, L.P; MORAIS, F.H. et al. Prevalência de gestação ectópica de tratamento cirúrgico em Hospital Publico de 1995-2000. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v.50, n.4, p.413-416, 2004.
- HAN, K.K; ELITO, J. J; CAMANO, L. Conduta Expectante para Gravidez Tubária Íntegra. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v.21, n.8, p. 465-470, 1999.
- FERNANDES, A.M.S; MORETTI, T.B.C; OLVOTTI, B.R. Aspectos Epidemiológicos e Clínicos das Gestações Ectópicas em Serviços Universitário de 2000 à 2004. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v.53, n.3, p.213-216, 2007.
- MARQUES, C.A.S; MENEZES, M.L.B. Infecção Genital por Chlamydia Trachomatis e Esterilidade. DST – J. **Brás. Doenças Sex. Transm**, v.17, n.1, p. 66-70, 2005.
- NAGIB, H; SILVA, M.B. Mortalidade Feminina em idade reprodutiva no estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. **Rev. Saúde Pública**, v.34, p. 64-70, 2000.
- NEME, B. Prenhez Ectópica. In: Neme B, editor. **Obstetrícia Básica**. 1º ed. São Paulo: Savier, p.413-415, 445, 1995.
- ROSA, W.G; ANRIQUE, C.D; RODRIGUEZ, J.P. Anticoncepción Hormonal de Emergencia Y Embarazo Ectópico. Caso Clínico: **Rev. Chil. Obstet. Ginecol**, v.74, n.1, p. 39-41, 2009.
- RIVA, M.R; PIVA, G; FERNANDES, J.H.A. Análise dos casos de gravidez ectópica atendidos no hospital Ana Costa. **Rev. Médica Ana Costa**, Fev, 2006.
- SANTOS, N.B; NOVO, N.F; GONCALVES, R.P; BASSANEZE, T. Perfil das Mulheres Acometida por Prenhez Ectópica Tubária. **Femina**, v.35, n.8, p. 477-488, 2007.
- VILLAS, B.F.T; BARROS, F.C; ZAGATTE, O.J.B. Prenhez ectópica: analise de 82 casos. **Rev. bras. ginecol. Obstet**, v.10, n.7, p.153-156, 1988.

XVINIC

Encontro Latino Americano
de Iniciação Científica

XI EPG

Encontro Latino Americano
de Pós Graduação

VINIC Jr

Encontro Latino Americano
de Iniciação Científica Júnior