



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

GLEICE DE OLIVEIRA SANTOS

VIVÊNCIAS DE MULHERES SOBRE A GRAVIDEZ ECTÓPICA

SALVADOR
2021

GLEICE DE OLIVEIRA SANTOS

VIVÊNCIAS DE MULHERES SOBRE A GRAVIDEZ ECTÓPICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração Enfermagem, Cuidado e Saúde, na Linha de Pesquisa Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Telmara Menezes Couto
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Lilian Conceição Guimarães
de Almeida

SALVADOR
2021

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA) com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S237 Santos, Gleice de Oliveira.
Vivências de mulheres sobre a gravidez ectópica/Gleice de Oliveira Santos. – Salvador, 2021.
50 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Telmara Menezes Couto; Coorientadora:
Prof^a. Dr^a. Lilian Conceição Guimarães de Almeida.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2021.
Inclui referências.

1. Gravidez ectópica. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Saúde da mulher.
4. Complicações na gravidez. I. Couto, Telmara Menezes. II. Almeida,
Lilian Conceição Guimarães de. III. Universidade Federal da Bahia.
IV. Título.

CDU 618.2-083


GLEICE DE OLIVEIRA SANTOS

VIVÊNCIAS DE MUHERES SOBRE A GRAVIDEZ ECTÓPICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração Enfermagem, Cuidado e Saúde, na Linha de Pesquisa Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais.


Aprovado em 13 de dezembro de 2021

BANCA EXAMINADORA

Telmara Menezes Couto - Orientadora 

Doutora em Enfermagem

Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão - 1ª Examinadora 


Doutora em Enfermagem

Professora da Escola de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia

Isa Maria Nunes - 2ª Examinadora 

Doutora em Enfermagem

Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Ridalva Dias Martins – Suplente 

Doutora em Enfermagem

Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

RESUMO

SANTOS, Gleice de Oliveira. **Vivências de mulheres sobre a gravidez ectópica**. 2021. 50f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

A gestação ectópica se apresenta como um dos tipos de hemorragias que acometem as mulheres durante a primeira metade do período gestacional, essa por sua vez caracteriza-se como a gestação fora da cavidade uterina, possui elevado número de morbimortalidade materna, e um crescimento exponencial nos casos tornando-se uma grande questão de saúde pública em todo mundo. No Brasil sua ocorrência incide em 2% das gestações. O diagnóstico precoce e preciso de gestação ectópica favorece conseqüentemente à escolha, manejo e eficácia do tratamento. O presente estudo objetiva analisar as percepções de mulheres que vivenciam a gestação ectópica. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, vinculada a um projeto matriz intitulado “Síndromes obstétricas com potencial hemorrágico e suas implicações para saúde da mulher”. O trabalho foi desenvolvido numa maternidade escola no município de Salvador, Bahia, Brasil. As colaboradoras foram mulheres com 18 anos ou mais com história de gestação ectópica. Foram excluídas mulheres que estavam vivenciando a gestação ectópica no período da coleta. Os dados foram obtidos através de entrevistas virtual semiestruturadas. As falas foram gravadas e transcritas na íntegra. A organização e análise dos dados se deu através da análise de conteúdo orientada por Bardin. A pesquisa atende aos requisitos éticos contidos nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde, 466/2012 e 510/2016 que regem o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando os princípios da bioética. Os resultados foram apresentados inicialmente com a caracterização das participantes do estudo, descrevendo desde dados sociodemográficos a dados referentes às características gineco-obstétricas das participantes. A partir dos resultados obtidos surgiu a categoria principal que é a Vivência da Gravidez Ectópica, e suas subcategorias. O estudo contribui com informações pertinentes para a identificação precoce desta patologia, identificou-se o desconhecimento das mulheres sobre este tipo de gestação, alertando aos profissionais de saúde em especial à enfermagem que atua diretamente nesta assistência, sobre a sua qualificação e promoção de um cuidado mais direcionado e humanizado. Além de contribuir para aumentar o acervo com os estudos relacionados a esta relevante temática.

Palavras-chave: Gravidez ectópica. Enfermagem obstétrica. Mulheres. Saúde da mulher.

ABSTRACT

SANTOS, Gleice de Oliveira. **Women's experiences of ectopic pregnancy**. 2021. 50f. Dissertation (Master's in Nursing and Health) - School of Nursing of the Federal University of Bahia, Salvador, 2021.

Ectopic pregnancy presents itself as one of the types of hemorrhages that affect women during the first half of the gestational period, which in turn is characterized as pregnancy outside the uterine cavity, has a high number of maternal morbidity and mortality, and an exponential growth in the uterine cavity. cases becoming a major public health issue worldwide. In Brazil, its occurrence affects 2% of pregnancies. The early and accurate diagnosis of ectopic pregnancy consequently favors the choice, management and effectiveness of treatment. The present study aims to analyze the perceptions of women who experience ectopic pregnancy. This is a descriptive research, with a qualitative approach, linked to a matrix project entitled "Obstetric syndromes with hemorrhagic potential and their implications for women's health". The work was carried out in a maternity school in the city of Salvador, Bahia, Brazil. The collaborators were women aged 18 years or older with a history of ectopic pregnancy. Women who were experiencing ectopic pregnancy during the collection period were excluded. Data were obtained through semi-structured virtual interviews. The speeches were recorded and transcribed in full. The organization and analysis of data took place through content analysis guided by Bardin. The research meets the ethical requirements contained in the resolutions of the National Health Council, 466/2012 and 510/2016, which govern the development of research involving human beings, respecting the principles of bioethics. The results were initially presented with the characterization of the study participants, describing from sociodemographic data to data referring to the gynecological-obstetric characteristics of the participants. From the results obtained, the main category emerged, which is the Experience of Ectopic Pregnancy, and its subcategories. The study contributes with relevant information for the early identification of this pathology, identifying the lack of knowledge of women about this type of pregnancy, alerting health professionals, especially nurses who work directly in this assistance, about their qualification and promotion of care more targeted and humanized. In addition to contributing to increase the collection of studies related to this relevant theme.

Keywords: Ectopic pregnancy. Midwifery nursing. Women. Women's health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DIU	Dispositivo intrauterino
GESTAR	Grupo de estudos sobre a saúde da mulher no período gravídico-puerperal
HCG	Hormônio gonadotrofina coriônica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Parto e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
ReHuna	Rede Pela Humanização do Parto e Nascimento
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UCINCO	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UCINCA	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USG	Ultrassonografia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 O EVENTO DA GESTAÇÃO ECTÓPICA	11
2.2 A GESTAÇÃO ECTÓPICA NO ÂMBITO DOS PROGRAMAS, POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES	16
2.3 GESTAÇÃO ECTÓPICA: SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS ENVOLVIDOS	20
3 METODOLOGIA	23
3.1 TIPO DE ESTUDO	23
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	23
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	25
3.4 COLETA DE DADOS	26
3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	26
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	27
4 RESULTADOS	28
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	28
4.2 VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ ECTÓPICA	28
4.2.1 Vivenciando a surpresa da gravidez ectópica	29
4.2.2 O conhecimento sobre a gravidez ectópica	30
4.2.3 Sentimentos e sensações frente à gravidez ectópica	31
5 DISCUSSÃO	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados	44
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	45
ANEXO A - Carta de anuência	47
ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP	48
ANEXO C - Autorização de acesso para coleta de dados	50

1 INTRODUÇÃO

A gestação ectópica se apresenta como um dos tipos de hemorragias que acometem as mulheres durante a primeira metade do período gestacional, essa por sua vez caracteriza-se como a gestação fora da cavidade uterina, possui elevado número de morbimortalidade materna, e um crescimento exponencial nos casos tornando-se uma grande questão de saúde pública em todo mundo. A maior incidência de gestação ectópica está relacionada a dois principais motivos como o aumento da prevalência dos fatores de risco e a evolução dos métodos diagnósticos que identificam os casos em involução espontânea, situações que anteriormente não eram diagnosticadas (ZUGAIB, 2016).

Nos últimos 20 anos, principalmente nos países desenvolvidos, a incidência de gestação ectópica tem se duplicado ou até mesmo triplicado. Considerada uma das maiores emergências obstétricas este aumento varia de acordo com o país e região e também em diferentes faixas etárias, acometendo mulheres entre 18 e 35 anos, vale ressaltar que este intervalo de idade é considerado o ideal para reprodução (MATOS QUIALA et al., 2018).

Considerada uma patologia que predispõe a mulher em grande parte a um elevado risco de mortalidade, a gestação ectópica no Brasil incide em 2% das gestações, sua frequência é maior em mulheres que já tenham concebido anteriormente. Sua classificação relaciona-se com o local da implantação do blastocisto. Dentre as diferentes classificações deste tipo de gestação, a tubária representa mais de 95% destas e sua incidência cresce de 1 para cada 80 a 100 gestações (SANTOS; SOUZA, 2021).

Levando em consideração o que refere à razão de mortalidade materna, a nível mundial, acontecem em média 210 mortes por 100 mil nascidos vivos. Diante do exposto, os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), hoje conhecidos como Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) convocam a população mundial a se esforçar conjuntamente no intuito de eliminar a mortalidade materna por causas evitáveis vislumbrando os anos de 2016 e 2030. Para o Brasil, têm-se como meta a redução para 20 mortes a cada 100 mil nascidos vivos (SCARTON et al., 2019). De acordo com Ongaratto (2019), hoje o país apresenta 64,5 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, estando ainda muito longe da meta que foi estabelecida.

Apesar do aumento na incidência de gravidez ectópica, a mortalidade materna a ela relacionada vem diminuindo de forma considerável nas últimas décadas (ZUGAIB, 2016). Segundo resalta Quiala et al. (2018), essa diminuição relaciona-se à capacitação dos profissionais e ao diagnóstico preciso e em tempo hábil, ainda nesta pesquisa que foi realizada

com 763 na cidade de Guantánamo em Cuba, quando a mulher não morre por ter apresentado a gravidez ectópica, ela pode desencadear algumas complicações sérias como é o caso da infertilidade em mulheres com idade reprodutiva.

Algumas mulheres que apresentam a gestação ectópica não possuem nenhum fator de risco ou predisponente para o desenvolvimento desta, mesmo considerando tal situação é importante ressaltar que dentre estes têm-se: gestação ectópica prévia, história pregressa de infecções sexualmente transmissíveis, exposição do útero ao estrógeno dietilestilbestrol, endometriose, infertilidade e tratamento medicamentoso para tal, uso do dispositivo intrauterino (DIU), tabagismo, idade materna avançada, infecção pós-parto ou pós-aborto, dentre outros (RICCI, 2015).

Os sinais e sintomas da gestação ectópica estão diretamente relacionados ao local de implantação da mesma, no entanto existe a tríade sintomatológica que caracteriza os mais indicativos destes associados à gestação fora da cavidade uterina. Por se tratar de uma grande representatividade da implantação da gestação ectópica, essa tríade está também diretamente associada à implantação tubária. A tríade é composta por atrasos menstruais, sangramento genital e dor abdominal, para esta a intensidade depende do grau de evolução da gestação patológica seguindo de moderada a intensa, esta última diretamente relacionada à ruptura da trompa (NASCIMENTO et al., 2019).

Para detectar a gestação ectópica por considerar que a maioria está implantada na tuba uterina, cabe destaque que nem sempre o diagnóstico desta pode ser concluído através da tríade. Desta forma, a ultrassonografia transvaginal é um dos diagnósticos mais indicativos, pois quando feito de forma precoce permite que o tratamento possa preservar o útero além de realizar o diagnóstico diferencial de uma gestação cervical (NASCIMENTO et al., 2019).

O diagnóstico precoce e preciso de gestação ectópica favorece consequentemente à escolha, manejo e eficácia do tratamento. Este por sua vez, se apresenta de diversas maneiras, a escolha por cada um vai depender diretamente do tipo de gestação ectópica apresentada pela mulher.

Existem duas possibilidades para o tratamento que são os farmacológicos e os cirúrgicos. A conduta a ser tomada vai depender de critérios apresentados pela mulher no diagnóstico, por exemplo, para fazer uso do tratamento farmacológico, que para esses casos o preferencial é o Metotrexato, a mulher precisa estar hemodinamicamente estável, apresentando uma concentração do hormônio gonadotrofina coriônica (HCG) menor ou igual a 5000 mUI/mL, na ultrassonografia (USG) transvaginal deve apresentar a inexistência de atividade cardíaca fetal e a mulher deve estar disposta a ser acompanhada após o tratamento

além de fácil acesso à serviços de emergência para os casos que por ventura venha acontecer a ruptura das trompas (GUIMARÃES et al., 2018).

Para as mulheres que apresentam alterações clínicas hematológicas, renais ou hepáticas, instabilidade hemodinâmicas, suspeitas de fatores de risco para ruptura de massa ectópica, gravidez heterotópica com intrauterina e contraindicações ao Metotrexato, o tratamento mais efetivo é o cirúrgico (GUIMARÃES et al., 2018).

Durante a imersão na literatura e ainda relembrando uma história familiar com vivência de gestação ectópica, surgiu a inquietação em aprofundar o conhecimento sobre a temática dando voz a quem vivenciou o evento questionando: Como se deu a vivência de mulheres sobre o evento da gestação ectópica? Em resposta a tal questionamento o estudo que é vinculado a um projeto guarda-chuva intitulado: Síndromes Obstétricas com Potencial Hemorrágico e suas Implicações para a Saúde da Mulher objetiva analisar as percepções de mulheres que vivenciaram a gestação ectópica.

O estudo justifica-se pela necessidade de valorizar a vivência das mulheres que tiveram gestação ectópica na tentativa de contemplar alguns aspectos pertinentes, privilegiando os emocionais que estão associados ao acometimento dessa gestação. Para tanto, se faz necessário relacioná-los através dos discursos destas mulheres, principalmente por estas serem as protagonistas deste fenômeno e por vezes não possuírem momento de fala.

Além do referido, o estudo tem potencial para agregar informações à produção científica sobre a temática, bem como dará aporte teórico aos profissionais da maternidade na qual a pesquisa será realizada, visto que esta ainda não possui estudos sobre este tipo de gestação, contribuindo assim para um diagnóstico precoce e tratamentos que objetivem evitar ou reduzir os índices de morbimortalidade materna por esta causa, qualificando o cuidado prestado às mulheres neste evento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O EVENTO DA GESTAÇÃO ECTÓPICA

Para tratar da gestação ectópica, faz-se necessário antes, relatar sobre a gestação fisiológica a qual é resultado da fecundação do óvulo pelo espermatozoide que normalmente implanta-se dentro da cavidade uterina sendo por sua vez, responsável pela geração de um novo ser. Esta então dura num período de 40 a 42 semanas, é dividida em três trimestres e termina com o nascimento do feto (FERNANDES; LIMA, 2018). O processo da gestação é um período de vivências distintas para cada mulher, neste são evidenciadas mudanças físicas, emocionais, social e econômica.

As alterações fisiológicas estão associadas aos hormônios da gravidez e à pressão mecânica que o aumento de tamanho do útero bem como outros tecidos provoca. Estas alterações têm início nas primeiras semanas de gestação e dão continuidade no decorrer podendo permanecer até o puerpério, período em que o organismo materno retorna a seu estado pré-gestacional. De acordo com Montenegro e Rezende Filho (2017), para que estas alterações sejam melhor compreendidas vale destaque distingui-las em sistêmicas e dos órgãos genitais. As primeiras caracterizam por alterações relacionadas à: postura e deambulação, metabolismo, aos sistemas cardiovascular, sanguíneo, urinário, respiratório, digestório, endócrino, pele e fâneros. Já os relacionados aos órgãos genitais estão associados à vulva, vagina e ao útero.

As alterações emocionais ou psicológicas vivenciadas pela mulher no período gestatório são evidenciadas desde o primeiro trimestre quando ainda não são perceptíveis os movimentos fetais e as pessoas têm dificuldade em reconhecer as mudanças físicas no seu corpo. Neste sentido, é comum observar a presença do sentimento ambíguo pois, a mulher se encontra por um lado feliz com a descoberta da maternidade, mas por outro surgem as preocupações e inseguranças em relação à sua capacidade de exercer tal função (ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017).

No entanto, a reação inicial diante da gestação não se solidifica para sempre, pois uma atitude de rejeição pode dar vez a uma atitude de aceitação ou o inverso. Todavia, estudos comprovam que existem outros fatores influenciadores de maneira decisiva nas causas dos estados emocionais da gravidez (MALDONADO, 2017).

As alterações emocionais da gestação são influenciadas também pelas mudanças sociais nas quais as gestantes se deparam. Para tanto, elas terão que conviver com um novo

papel na sociedade, o de ser mãe, que interfere diretamente na estrutura familiar a qual terá que modificar-se com a chegada de um novo integrante. Desta forma, a mulher ainda precisa reestruturar suas relações interpessoais, desde conjugais ao relacionamento com as pessoas que fazem parte de sua rede de apoio e ainda e não menos importante, há necessidade de readequar suas atividades profissionais que a depender das que a mulher exerça antes da gestação, no período gestatório-puerperal precisam ser suspensas.

Estas alterações por sua vez estão diretamente relacionadas com as questões econômicas que sofrem influências com a chegada do bebê. Com isso, os genitores precisam encontrar recursos para lidarem com esta nova realidade, estes geralmente são encontrados em sua rede de apoio social, pessoas significativas que se dispõem como suporte e ajuda para o enfrentamento das diversas situações (ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017).

Para tanto, em uma parcela de mulheres a gestação não condiz com a fisiológica relatada anteriormente, em algumas delas a gestação evolui com alterações e complicações patológicas fazendo com que as mulheres se sintam ainda mais inseguras. Dentre tantas outras patologias que acometem as mulheres durante o período gestacional encontra-se a gestação ectópica. Esta por sua vez, refere-se à gestação implantada fora da cavidade uterina, podendo ocorrer: nas trompas, na cavidade abdominal, na cicatriz da cirurgia cesariana anterior, pode ser ainda caracterizada como heterotópica, cervical ou ovariana (FERNANDES; LIMA, 2018).

De acordo com Zugaib (2016), a incidência de gestação ectópica tem aumentado, juntamente com as taxas de morbimortalidade de mulheres por este tipo de gestação patológica, por conseguinte esta é considerada uma questão de saúde pública. Este aumento tem sido frequente por conta de diversos fatores associados tais como o diagnóstico precoce através da dosagem do HCG, medidores sônicos de profundidade mais precisos e a utilização de endoscopia ginecológica. Além disso, o aumento de infecções ginecológicas por bactérias como clamídia e gonococos ajuda para o crescente número de mulheres com o desenvolvimento de complicações tubárias (CUNHA et al., 2018).

Tratando-se da principal causa de morte materna no primeiro trimestre de gestação e mesmo sabendo que 1/3 das mulheres que são acometidas pela gestação ectópica não possuem fatores de riscos associáveis ainda assim alguns dos que seguem tem relação direta com a patologia, tais como: gestação ectópica e cirurgia tubária prévias, endometriose, doença inflamatória prévia, uso do DIU, infertilidade, tabagismo, dentre outros (MAGALHÃES et al., 2015).

De acordo com a literatura mais de 95% das gestações caracterizadas como ectópicas estão implantadas nas tubas uterinas, o ovo fertilizado pode inserir-se em qualquer posição na tuba, daí caracterizando a gestação ectópica tubária em: tubária ampular sendo esta a que mais ocorre, especificamente em 80% dos casos, ístmica com ocorrência em 12% dos casos e intersticial esta por sua vez ocorre em apenas 2-3% dos casos de gestação ectópica tubária (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

As trompas de Falópio como são conhecidas às tubas uterinas, têm importante função no processo de reprodução humana com a realização do transporte do embrião à cavidade uterina para daí implantar-se, bem como dão suporte ao desenvolvimento antes desta e auxiliam na nutrição do embrião até que o mesmo esteja implantado (MAGALHÃES et al., 2015). No entanto, estas não são o ambiente mais adequado como a cavidade uterina para que uma gestação aconteça até o nascimento do feto. Desta forma, existem alguns acidentes causados pela implantação do óvulo em toda a extensão da trompa sendo estes descritos como: abortamento ou rotura tubária, gestação intraligamentar, gestação intersticial e gestação heterotópica esta se caracteriza pela gestação tubária associada ao mesmo tempo com uma gestação intrauterina e acontece de forma espontânea (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

A gestação heterotópica é considerada um evento raro e que acontece com uma variabilidade de 0,6 a 2,5 casos a cada 10.000 gestações, e para as mulheres que são submetidas a técnicas de reprodução assistidas este número chega a ser um pouco maior. Normalmente é diagnosticada após o rompimento da gestação ectópica apresentando um quadro de abdome agudo hemorrágico e diagnosticada através de exames ultrassonográficos que em sua maioria não conseguem identificar de forma precoce ocorrendo apenas após a rotura tubária (MATOS et al., 2018).

Segundo Maia et al. (2014), os fatores de risco para a gestação heterotópica são bem parecidos com os da gestação ectópica, são caracterizados principalmente por desordens funcionais que impedem ou retardam a transferência do embrião para a cavidade uterina. Normalmente a sua etiologia se dá pela doença inflamatória pélvica que, por conseguinte resulta na aderência das tubas uterinas, são nestas também que ocorre a principal localização deste tipo de gestação, dificultando com isso o diagnóstico precoce que é tão importante para a redução da morbimortalidade da mulher, neste caso específico ele vai acontecer normalmente com a ruptura da tuba uterina, causando então um elevado grau de hemorragia.

Especificamente para os casos de gestação heterotópica, onde o diagnóstico ocorre na maioria das vezes de forma tardia, o tratamento a ser seguido deve adequar-se ao local de

implantação do embrião e ser minimamente invasivo inclusive com baixíssima manipulação uterina com o intuito de preservar a gestação intrauterina que acontece concomitantemente com a ectópica. Para tanto, o tratamento preferencial nestes casos tem sido a salpingectomia por laparotomia especificamente em mulheres que apresentem a integridade tubária contra lateral desta forma, o risco de complicações é bem menor (MAGALHÃES et al., 2015).

A gestação ectópica abdominal é descrita pela presença do concepto que se dispõe livre na cavidade peritoneal, a maioria dos embriões morrem no decorrer da gestação devido às más condições de vida nesta região especificamente. Aos casos raros de sobrevivência do feto neste tipo de gestação, a maioria nasce com retardo no crescimento ou com deformidades físicas, ainda é importante considerar que nos casos raros de sobrevivência do feto os índices de mortalidade neonatal aumentam principalmente relacionados à prematuridade, falta de oxigenação cerebral e ao desenvolvimento incompleto dos pulmões (FERNANDES; LIMA, 2018).

Esta por sua vez ocorre entre 0,5 e 0,66% dos casos e são classificadas em primária e secundária. A primeira delas caracteriza-se pela nidação direta que fica sobre a serosa peritoneal além das tubas e ovários íntegros estando como uma forma difícil de comprovação. Já a secundária, inicialmente ocorre a implantação do ovo nas tubas uterinas e em seguida insere-se na cavidade abdominal através de abortamento em seguida, o saco gestacional é reimplantado (SANTOS et al., 2021).

A forma mais rara da gestação ectópica considerada até os dias atuais é a que se desenvolve na cicatriz da cesariana anterior, é caracterizada pela inserção do blastocisto dentro da cicatriz da cesariana e em sua maioria fica envolvido pelo miométrio e por tecido conjuntivo, ficando assim completamente separado da cavidade endometrial. Este tipo de gestação associa-se a um elevado índice de intercorrências graves como ruptura uterina, hemorragia severa, coagulação sanguínea e histerectomia elevando os índices de morbimortalidade materna (COUTINHO; COUTINHO MILANI; COUTINHO, 2014).

Já a gestação ectópica cervical acontece em casos onde a implantação do saco gestacional se dá no canal endocervical, esta por sua vez é conhecida como localização excêntrica e representa na atualidade cerca de 1% dos casos. No entanto, devido a novas modalidades de reprodução assistida e a propagação de infecções genitais a incidência desta tende a aumentar. Grande maioria desta gestação evolui para o abortamento e uma pequena parcela das que sobrevivem começam a crescer no canal endocervical causando hemorragias que caso não sejam diagnosticadas precocemente pode levar ao óbito materno (FERNANDES; LIMA, 2018).

Em todos os casos de gestação ectópica faz-se necessário e crucial para controlar e ou evitar em grande parte as complicações oriundas desta modalidade de gestação patológica um diagnóstico precoce e preciso. Uma das primeiras condutas a ser levada em consideração neste caso é pensar de imediato na possibilidade da gestação ectópica associando a mesma a manifestações clínicas, fatores de risco desencadeadores, exames físicos e complementares. Existem ainda alguns fatores associados que dão por conta de identificar a gestação ectópica que é a famosa tríade composta por dor abdominal, sangramento vaginal e atraso ou irregularidade menstrual (ZUGAIB, 2016).

Desta tríade destaca-se a dor abdominal como um dos principais sintomas relatados, esta por sua vez, junto com a irritação peritoneal e o abdome hemorrágico intensificam as características para consolidar um diagnóstico precoce principalmente quando o resultado do exame Beta HCG positivo apresenta uma considerável lentidão na elevação dos valores identificados. Soma-se a estes ainda a ausência do embrião na cavidade uterina. Para tanto vale ressaltar a importância do conhecimento por parte dos profissionais de saúde que prestam assistência à mulheres em idade fértil sobre a gestação ectópica pois sempre que ocorrer sangramento e/ou dor no início da gestação bem como na ausência da gestação confirmada, suspeitar de imediato de uma gestação ectópica (NASCIMENTO et al., 2019).

Com o intuito de realizar uma abordagem clínica bem direcionada faz-se necessário a implementação de uma boa anamnese e um exame clínico bem detalhado. No entanto estes por si só não são suficientes para que seja definido um diagnóstico sendo necessária além dessas condutas a realização de métodos como ultrassonografia ou tomografia computadorizada e dosagem do HCG para que em conjunto com a clínica o diagnóstico diferencial de gestação ectópica seja preciso (CUNHA et al., 2018).

Após ter sido fechado o diagnóstico de gestação ectópica, as atenções deverão ser voltadas para o tratamento, este por sua vez vem sofrendo avanços diagnósticos que nas últimas décadas vem sido identificado por condutas terapêuticas mais conservadoras preservando o futuro reprodutivo das pacientes. O tratamento pode ser caracterizado por cirúrgico ou clínico, no entanto vai depender da individualidade de cada mulher (ZUGAIB, 2016).

Quando o diagnóstico de gestação ectópica é fechado precocemente o tratamento pode ser feito por terapia medicamentosa, com a utilização do metotrexato. Quando ocorre o contrário, no caso de diagnóstico tardio a chance de tratamento quimioterápico com a referida medicação diminui o que pode ser feito na maioria dos casos é o tratamento cirúrgico com a

retirada do órgão o que demanda um maior tempo de internação elevando conseqüentemente a morbimortalidade (FERNANDES; LIMA, 2018).

A enfermagem possui importante papel para conduzir de forma qualificada os casos de gestação ectópica, na atenção básica com a condução de medidas para o diagnóstico, no atendimento em saúde sexual e reprodutiva a partir das queixas ou suspeita de gravidez, e após diagnóstico atua desde a anamnese e exame físico ao apoio emocional e orientações a essas mulheres. A avaliação de enfermagem segundo Ricci (2015), deve estar centrada em determinar a existência de uma gestação ectópica e identificar se ela está rota ou não. É importante destacar que na anamnese a enfermeira precisa avaliar de forma bastante cuidadosa em busca de sinais e sintomas sugestivos para este tipo de gestação, apoiando-se na tríade clássica que é a dor abdominal, sangramento pontual que acontece entre 6 e 8 semanas após a ausência de menstruação.

Para tanto, também são necessários a realização de exame laboratorial como o beta HCG e ultrassonografia transvaginal para um diagnóstico mais preciso, estes normalmente são solicitados pela enfermeira durante o pré natal, desta forma ela precisa conhecer quais são os indicativos que concretizam este tipo de gestação para dar seguimento a uma conduta que na maioria das vezes concentra-se em preparar a mulher para o tratamento, independente de qual seja este, bem como prestar apoio emocional a esta mulher além de fornecer orientações sobre todo o processo incluindo as medidas preventivas (RICCI, 2015).

2.2 A GESTAÇÃO ECTÓPICA NO ÂMBITO DOS PROGRAMAS, POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES

A evolução das políticas públicas de saúde no Brasil ocorreu de forma gradativa e apropriando-se de certa temporalidade cronológica no que tange às necessidades de saúde de uma população de modo geral. Para a atenção à saúde da mulher especificamente não foi diferente, a seguir relacionam-se algumas políticas e estratégias dispostas de acordo com a sua temporalidade voltadas especificamente à atenção à saúde da mulher.

Para dar início, destaca-se o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) que foi criado em 1975 com o intuito de normatizar o atendimento ao binômio mãe e filho, combatendo a mortalidade infantil. Este por sua vez não faz referência específica em nenhum momento à gestação ectópica. A maior preocupação do governo na época era reduzir a mortalidade infantil no intuito de aumentar a população não havendo a preocupação com a saúde das mulheres que eram vistas apenas para a reprodução (CASSIANO et al., 2014).

Levando em consideração que o PSMI não vislumbrava uma atenção à saúde da mulher de forma qualificada foi criado em 1984 o Programa de Atenção à Saúde da Mulher que agregou o que idealizava o movimento feminista para a atenção a saúde, levando em consideração os aspectos da saúde reprodutiva com a ressalva de ações direcionadas a algumas necessidades que eram prioritárias da população feminina, rompendo então com a conjuntura do modelo de atenção materno-infantil ao qual era desenvolvido até o momento. Apesar disto o mesmo não faz menção à gestação ectópica (BRASIL, 1984).

Dando continuidade à evolução histórica das políticas e estratégias de atenção à saúde da mulher, em 1987 foram implementados os Comitês Nacional e Estadual de Mortalidade Materna estes por sua vez por se tratar de organismos interinstitucionais, multiprofissionais e confidenciais, vislumbravam verificar os óbitos maternos e direcionar medidas de intervenção para reduzir os mesmos a nível regional além de atuarem como instrumentos de avaliação permanente da saúde da mulher, mesmo com esta investigação sobre mortalidade materna, observa-se que estes comitês não relacionam nem tampouco caracterizam uma das principais causas de morte materna do primeiro trimestre do período gestatório que é a gestação ectópica (BRASIL, 2009).

Em 1993, foi criada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) que por sua vez objetivava a divulgação de assistência de cuidados perinatais através de uma rede de associados em todo o Brasil que tinham como parâmetros as evidências científicas. A ReHuNa é a favor das práticas de atendimento humanizado ao parto, nascimento em todas as suas etapas valorizando o protagonismo da mulher. Vale ressaltar que apesar desse avanço, a criação da Rede não dá nenhum destaque as síndromes hemorrágicas, até para que possa fazer um comparativo desta tão relatada assistência humanizada (RATTNER et al., 2010).

Outra importante estratégia para a evolução das políticas de saúde da mulher foi a promulgação da Lei 9.263 que trata do planejamento familiar que objetivava oferecer métodos e técnicas de concepção e contracepção que fossem comprovados cientificamente que não trouxessem riscos à saúde da população, ainda a esta era garantida a liberdade de opção, mesmo configurando-se um avanço na saúde sexual e reprodutiva, esta não contemplava questões relativas à prevenção da mortalidade materna por hemorragias. Um fator importante a considerar sobre esta Lei é o impedimento da associação da cirurgia cesariana com a laqueadura o que visava reduzir o número de cesáreas realizadas de forma desnecessária (BRASIL, 1996).

Relacionado como marco na promoção do nascimento saudável e atuando no combate às altas taxas de mortalidade materna e neonatal, em 1996 foi publicado pela OMS o Guia

Prático para Atenção ao Parto Normal, este por sua vez foi produzido através de debates internacionais que se baseavam em evidências científicas (CARVALHO; GÖTTEMS; PIRES, 2015). Corroborando com a Lei 9263 e com o Guia de atenção ao parto Normal, que enfatizavam e buscavam a redução dentre outros fatores, de indicações desnecessária de cesarianas, em 1999 foi normatizada através da portaria GM/MS nº 985/1999, a implantação dos Centros de Partos Normais nos quais define os mesmos como unidades de saúde que presta atendimento humanizado e principalmente de qualidade ao parto de baixo risco (VICO, 2017). Para tanto observa-se que nenhum destes citados apresentam alguma informação sobre a gestação de alto risco até porque estes dão ênfase à gestação de baixo risco.

Já em 2000, foi instituído pelo Ministério da Saúde através da portaria GM nº 569 de 01/06/2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que objetivava assegurar a qualidade do acesso, da cobertura e do acompanhamento pré-natal, além da assistência ao parto e puerpério visando atender os direitos de cidadania (BRASIL, 2002). O que por sua vez restringia esta acessibilidade apenas à gestação fisiológica, o que fica evidenciado quando a mesma não menciona mesmo esclarecendo que vislumbra ampliar as ações de assistência às gestações de risco a gestação ectópica.

Considerando que até então as políticas e estratégias voltadas à atenção à saúde das mulheres eram muito restritas mesmo com a assistência centrada apenas na atenção ao processo reprodutivo da mulher, o Ministério da Saúde através de parcerias com diversos setores especialmente com o movimento de mulheres, negros, trabalhadores rurais, pesquisadores da área, ONGs entre outros, no intuito de garantir às mulheres os direitos humanos e reduzir a morbimortalidade por causas evitáveis, cria em 2003 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2011).

Esta política então em uma de suas diretrizes enfatiza que esta deve atingir às mulheres em todos os ciclos de vida, mulheres negras, lésbicas, indígenas, trabalhadoras rurais, presidiárias, residentes em locais de difícil acesso, dentre outras. A intenção era reorganizar o atendimento à mulher enfatizando que este seja realizado vislumbrando a integralidade e a assistência às diversas classes de mulheres ressalta sobre as condições precárias do atendimento gravídico puerperal, além de trazer dados que evidenciam a mortalidade materna no Brasil. Entretanto não relaciona em específico as causas de morbimortalidade à gestação ectópica (BRASIL, 2011).

Neste contexto, em 2004 a Presidência da República lança o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a Comissão Intergestores Tripartite juntamente com o Conselho Nacional de Saúde aprovam o pacto que tem como objetivo articular os

atores sociais, historicamente envolvidos na melhoria de vida de mulheres e crianças na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil (BRASIL, 2004). Este ainda mesmo com grande ênfase sobre a mortalidade materna não a associa a fatores relacionados à gestação ectópica.

Visando qualificar a assistência à mulher especificamente à parturiente, foi implementada a Lei 11.108/05 caracterizada como a Lei do Acompanhante, que garante às parturientes o direito a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do sistema único de saúde. Apesar da importância de se ter alguém em que a mulher confia para o acompanhamento do processo parturitivo a referida Lei não refere tal importância com a redução da morbimortalidade materna à por síndromes hemorrágicas e ou gestação de alto risco (BRASIL, 2005).

Em 2007, foi instituída a Lei 11.634 que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esta por sua vez contempla a assistência à mulher diagnosticada com gestação ectópica de forma implícita quando enfatiza que é de responsabilidade do SUS vincular a gestante à maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrências (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde em 2012 através do Manual técnico de Gestação de Alto Risco, com orientações para a equipe de saúde que atua de forma direta na assistência à gestante no que se refere principalmente ao diagnóstico e tratamento de doenças e demais problemas que venham afligir a mulher durante a gestação, bem como unifica as condutas oferecendo uma assistência qualificada. Este, por sua vez, diante de todas as estratégias e políticas implementadas até então, aborda a gestação ectópica, de forma bastante sistemática, em apenas um tópico, inserida no rol das síndromes hemorrágicas do primeiro trimestre de gestação como causa mais comum de morte materna neste período (BRASIL, 2012a). Ressalta-se, entretanto a escassez da literatura traz sobre esta complicação gestacional.

Com o intuito de garantir à mulher o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres desde o planejamento familiar ao puerpério, em 2011 foi implementada a Rede Cegonha. Dentre os seus objetivos consta a redução da mortalidade materna e infantil com a ênfase no componente neonatal o que não contempla as demandas e necessidades da mulher no processo da não gestação como ao que ocorre na maioria dos casos de gestação ectópica (BRASIL, 2011).

Diante do que se tem de políticas e estratégias de saúde da mulher, e levando em consideração de forma imprescindível a qualificação de atenção à gestante, nos anos de 2015

e 2016 foram implantadas diretrizes de atenção à gestante no que concerne tanto a operação cesariana como ao parto normal, visando qualificar o modo de nascer no Brasil, além de orientar os profissionais e gestores sobre importantes questões da via de parto, sobre indicações e condutas baseadas em evidências (BRASIL, 2016).

Faz-se pertinente enfatizar que as políticas e estratégias voltadas à saúde da mulher, de acordo com a ordem cronológica na qual as mesmas aconteceram, vislumbravam a melhoria e qualificação da assistência à mulher no intuito de reduzir a morbimortalidade nesta classe, no entanto é importante ressaltar que em apenas uma delas deixa claro ou traz um direcionamento específico para condutas à mulher diagnosticada com gestação ectópica. O que é bastante preocupante visto que ela é considerada a principal causa de mortalidade materna por hemorragias no primeiro trimestre de gestação.

2.3 GESTAÇÃO ECTÓPICA: SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS ENVOLVIDAS

A gestação caracteriza-se como um evento normal e parte integrante do desenvolvimento. Para tanto se faz necessário uma reorganização em várias instâncias como as mudanças na identidade pessoal bem como a definição de papéis visto que a mulher passa a se olhar de outra forma, tal situação acontece tanto em mulheres primíparas como naquelas que já vivenciaram o processo gestatório mais de uma vez, levando em consideração que ser mãe de mais de um filho não é a mesma coisa de ser mais de apenas um, pois a cada filho que vem ao mundo existe uma alteração na rede de relacionamento familiar (MALDONADO, 2017).

Levando em consideração a ambivalência que acontece principalmente no primeiro trimestre de gestação, ressalta-se que algumas mulheres se encontram numa situação de vulnerabilidade emocional importante, que precisa ser considerada pelos profissionais que prestam assistência, pois, no início o desejo, as expectativas, as fantasias e frustrações podem ser intensificados a partir de alterações gestacionais ou de um diagnóstico desfavorável, desta forma o período gestatório passa de um evento admirável a configurar-se em crise (ROCHA, 2013).

As transformações vividas pela mulher no período da gestação fisiológica podem também despertar sentimentos quanto à sua evolução, durante a gestação de risco esses sentimentos intensificam-se principalmente ao perceber que há uma fragilidade de vida no embrião que está sendo gerado. A mulher neste período mesmo que no momento inicial da gestação, idealiza o bebê que está sendo gerado e ainda potencializa as fantasias sobre

situações que só podem ser vivenciadas após o nascimento junto com a ansiedade em ver o filho, desta forma então o papel de mãe vai sendo despertado (PIO; CAPEL, 2015).

As sensações vividas pela mulher que sofre a não gestação por conta de um aborto é comparada à aquela que passa por este processo por conta da gestação ectópica (ROCHA et al., 2013). Os autores sinalizam que apesar de nestas duas situações a mulher esteja vivendo os mesmos momentos da não gestação, quando esta ocorre através do diagnóstico de gestação ectópica as sensações no momento podem configurar-se em sentimento de perda por não mais estar gerando uma vida, mas também uma sensação de alívio por estar bem fisiologicamente e viva apesar do ocorrido.

A perda gestacional nos casos diagnosticados como ectópica intensifica todo o processo de luto após a não gestação, pois esse estado gestacional pode encaminhar a mulher a vivenciar desde uma cirurgia de retirada do embrião onde ele estiver implantado até a retirada parcial ou total de algum órgão como, por exemplo, a tuba uterina, dependendo da evolução dessa gestação ocorrida fora da cavidade uterina.

O processo de luto por perda gestacional comporta não apenas a perda pelo embrião, feto ou bebê, mas também por todas as fantasias e expectativas que foram criadas pela gestação. Apesar do processo de luto gestacional ser parecido com o luto não gestacional, o primeiro possui especificidades que são caracterizadas em etapas, sendo estas: a negação, os sentimentos de culpa e raiva, a inveja e ciúmes por verem outras mulheres grávidas, o retorno menstrual e por fim uma nova gestação que pode permitir o fim do luto (SANTOS; IMBIRIBA; NEVES, 2017).

Vale destacar ainda sobre a perda gestacional sobre a sua intensidade relacionada às questões de gênero, estudos ressaltam que o sentimento de culpa sobre a perda na mulher é maior do que no homem, visto que ela é a pessoa que carrega o conceito em seu ventre além de esta em alguns casos constrói sua identidade pelo fato de ser mãe. Neste processo o homem não é isento do sentimento de perda, no entanto por ele ser considerado mais forte e por não associarem a sua identidade ao ato de ser pai dificilmente passarão por processo de depressão (LEMOS; CUNHA, 2015).

Contudo, diante das vivências sobre a perda gestacional, o processo de luto e a não maternidade, é importante ressaltar que a mulher possa viver o recomeço após a perda, este por sua vez caracteriza-se tão difícil para a maioria das mulheres quanto o próprio processo de perda gestacional, sendo importante controlar a ansiedade e o medo de vivenciar uma nova gestação e acabar passando pelo mesmo sofrimento de perda. Desta forma, a rede de apoio que o casal precisa neste momento, tanto por parte dos profissionais como pelos familiares, as

autoras enfatizam que é de suma importância dar devida atenção às mulheres que desejam engravidar e não conseguiram levar uma gestação anterior à diante, visto que as mesmas precisam de orientação, acompanhamento ou ainda apenas serem ouvidas (BITELBRON et al., 2015).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, vinculada ao projeto matriz intitulado “Síndromes obstétricas com potencial hemorrágico e suas implicações para saúde da mulher” financiado com recursos próprios. O referido projeto está vinculado ao Grupo de Estudos Sobre a Saúde da Mulher no Período Gravídico Puerperal - GESTAR, o qual compõe o Centro de Estudo sobre a Saúde da Mulher (GEM) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

O estudo descritivo é utilizado quando se tem interesse em descrever, registrar e interpretar as características de uma população, fenômenos ou de uma experiência, a partir da observação, registro e análise, proporcionando novas visões sobre uma realidade já conhecida (GIL, 2017). Justifica-se então, a escolha por este tipo de estudo, vislumbrando ainda relacionar os acontecimentos sobre a vivência de mulheres no processo de gestação ectópica, a partir de suas falas.

A abordagem qualitativa mostrou-se adequada ao estudo visto que o mesmo busca evidenciar os aspectos subjetivos e profundos da complexidade humana, possibilitando uma análise criteriosa e detalhada sobre os costumes, atitudes, tendências e condutas (LAKATOS; MARCONI, 2017). Desse modo foi possível identificar todos os significados, crenças e valores que atravessam a história de mulheres que vivenciaram o evento a gestação ectópica.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O trabalho foi desenvolvido em uma maternidade escola do município de Salvador, Bahia, Brasil. Atualmente, está vinculada ao Ministério da Educação como uma instituição de ensino, pesquisa e assistência sendo afiliada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). A maternidade é referência no atendimento à gestação de alto risco no estado da Bahia. Presta assistência gratuita à mulher e à criança através do Sistema Único de Saúde (SUS), realizando pré-natal de risco habitua e alto risco, todos os exames relacionados a serviço, além de internamentos, partos e cirurgias eletivas. É certificada como Hospital Amigo da Criança e recebeu em 2013 menção honrosa como Hospital Amigo da Mulher, Prêmio Dr. Pinotti, e também o Certificado de Excelência na categoria Ouro para o Banco de Leite Humano em 2014 e 2015 (EBSERH, 2021).

A maternidade completou 110 anos no ano de 2020, diversos profissionais foram formados ao longo dessa trajetória que conta também com uma assistência gratuita e humanizada à mulher e criança. Para garantia desta assistência, a maternidade contou com uma reforma no centro cirúrgico e centro obstétrico, foi entregue em 2020 melhorando as condições de ensino, trabalho e assistência (EBSERH, 2021).

Possui uma equipe multidisciplinar e oferece atendimentos ambulatoriais e hospitalares em Cardiologia, Clínica Médica, Educação Física, Endocrinologia, Endoscopia Ginecológica, Fisioterapia Geral, Fisioterapia em Saúde da Mulher, Fonoaudiologia, Genética Médica, Ginecologia, Hematologia, Mastologia, Medicina Fetal, Neonatologia, Neuropediatria, Nutrição, Obstetrícia, Oftalmologia, Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social e Terapia Ocupacional, dentre outros serviços de apoio à assistência à saúde da mulher e da criança (EBSERH, 2021).

Conta ainda com Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa), Banco de Leite Humano (BLH) e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP). Desenvolve programas como o Follow Up, programa de seguimento do prematuro de alto risco; Atenção ao Abortamento em Salvador (Atenas); Assistência à Vítima de Violência Sexual (Amada), voltado para mulheres em situação de rua; e Programa de Perdas por Repetição (EBSERH, 2021).

Considerada de médio porte, conta com 80 leitos e realiza em média 250 partos e mais de 6 mil procedimentos ambulatoriais por mês. A instituição integra a Rede Cegonha (estratégia do Ministério da Saúde que visa garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado à saúde da mulher e da criança) sendo, em Salvador, a maternidade de referência para todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário Centro Histórico e para cinco UBS do Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho (Alto das Pombas, Calabar, Federação, Garcia e 5º Centro de Saúde) (EBSERH, 2021).

A unidade presta serviços de urgência e emergência obstétrica e neonatal 24h, oferecendo Acolhimento com Classificação de Risco de pacientes provenientes do Ambulatório da instituição e também da Central Estadual de Regulação. Como referência para o pré-natal de alto risco, também disponibiliza vagas para a rede voltadas para mulheres residentes em cidades da Região Metropolitana de Salvador (RMS) e do interior da Bahia (EBSERH, 2021).

Na área de ensino e pesquisa, a maternidade recebe cerca de 2 mil estudantes por ano e constitui campo de prática para cursos de graduação e pós-graduação da UFBA e de ensino

técnico de escolas conveniadas. A instituição desenvolve ainda atividades de extensão e educação continuada e tem como objetivo a formação e qualificação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), seja na rede de Salvador ou da Bahia (EBSERH, 2021).

Na graduação, a Maternidade garante espaço para atividades práticas de estudantes dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Serviço Social e Psicologia da UFBA. Já no ensino técnico, recebe estudantes de escolas técnicas conveniadas das áreas de Enfermagem, Laboratório e Segurança do Trabalho (EBSERH, 2021).

A instituição possui também Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e conta com pesquisadores em diversas áreas. Promove ainda o envolvimento de estudantes em atividades de formação, estimulando o desenvolvimento de linhas de pesquisa e a produção científica na área da saúde (EBSERH, 2021).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As colaboradoras foram mulheres que já vivenciaram o evento da gestação ectópica e que foram atendidas na emergência da maternidade de referência.

Foram incluídas no estudo mulheres com 18 anos ou mais que tinham sido atendidas na emergência desta maternidade com histórico de gestação ectópica. Como critério de exclusão, mulheres que estavam vivenciando a gestação ectópica no período da coleta.

A aproximação com o campo aconteceu através de ligação telefônica e e-mails para os responsáveis pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), com agendamento de visitas que nos possibilitou ter acesso aos prontuários das mulheres que foram atendidas e diagnosticadas com gestação ectópica. Após o agendamento prévio foi possível realizar uma visita ao SAME da maternidade para coletar dados sociodemográficos e epidemiológicos das participantes por meio dos prontuários. Foram analisados 30 prontuários inicialmente e registrados contatos telefônicos das participantes para posterior agendamento de entrevista.

Foi agendada com as participantes a entrevista virtual considerando que estávamos vivendo a pandemia do COVID-19 o que não era conveniente a realização da entrevista presencial, diante da necessidade de que fossem mantidas as medidas de afastamento social.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada através de prontuários de mulheres que foram internadas no período de março de 2019 a março de 2020. Nesta busca foram registrados contatos telefônicos de 30 participantes, destas, apenas 12 foram contactadas e agendadas as entrevistas, 18 contatos não foram estabelecidos pois os números de telefones registrados estavam desativados. Duas destas participantes não compareceram no dia e horário agendados previamente, uma desistiu de conceder a entrevista no ato da realização, diante disso, a participação no estudo foi de nove mulheres. Para a realização da entrevista virtual foi utilizada a Plataforma Microsoft Teams por considerar que a pesquisadora já possuía cadastro nesta e que na maioria das vezes não seria necessário que a participante baixasse o aplicativo. As entrevistas concedidas foram realizadas de forma individual, com data e horário pré-agendado com as participantes e com duração média de 30 minutos.

Por meio de vídeo-conferência, a pesquisadora compartilhou a tela, através da qual mostrou o termo de consentimento livre e esclarecido, leu para as participantes que prontamente concordaram com a continuidade da entrevista. A entrevista contou com o auxílio de um formulário semiestruturado (Apêndice A), o qual incluiu questões estruturadas previamente, tendo a possibilidade, no entanto, de acrescentar outras durante o processo. A seguinte pergunta norteou a entrevista: Conte-me sobre sua história acerca da vivência do evento da gestação ectópica.

A entrevista foi gravada e as falas foram transcritas na íntegra. Todo conteúdo captado das gravações e transcrições está arquivado em pastas virtuais em computador pertencente ao Grupo de Estudos Sobre a Saúde da Mulher no Período Gravídico Puerperal - GESTAR, as quais estarão disponíveis durante o período de cinco anos, podendo ser requerido em qualquer momento pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O processo de organização e análise dos dados ocorreu baseando-se na análise de conteúdo direcionada por Bardin (2016), que se fundamenta no conjunto de técnicas que visam analisar as comunicações com o intuito de obter indicadores que favoreçam a conclusão de conhecimentos que se relacionam ao estado de produção e recepção das mensagens. Assim sendo, tomaremos como base as três fases para a organização da análise que nortearão a disposição do produto de coleta das entrevistas.

A pré-análise é a fase de organização, pretendendo sistematizar as ideias preliminares fazendo com que haja um direcionamento lógico para os elementos apresentados. Esta por sua vez caracteriza-se pela seleção dos documentos para análise, formulação das hipóteses bem como dos objetivos e a produção de indicadores que permitam direcionar a interpretação (BARDIN, 2016). Para a pesquisa foi realizado uma pré-análise da temática abordada com a busca e relação de documentos que sustentassem o embasamento teórico.

A segunda fase é a exploração do material esta por sua vez nada mais é do que a operação de codificações, decomposição ou enumeração a partir de regras elaboradas anteriormente. Para o referido estudo selecionou-se o material teórico, separando-o por temáticas que descrevessem o seu objetivo. Já a terceira fase é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação onde os resultados brutos antes de serem usados são tratados para tornarem-se válidos (BARDIN, 2016). No que se refere ao estudo os resultados foram analisados de forma sistemática e minuciosa, após definição de categorias e subcategorias foram relacionados a cada tópico.

Após verificação de similaridades e diferenças encontradas no material empírico, a discussão foi pautada na literatura recente sobre o assunto, sendo selecionadas trechos de falas das entrevistadas visando expor as categorias identificadas.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo, como parte integrante do já mencionado projeto matriz, encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade onde este foi realizado, sob o parecer de número 3.426.869. Foram atendidos os seguintes requisitos éticos, para a submissão a este comitê, contidos nas resoluções, do Conselho Nacional de Saúde, 510/2016 e 466/2012 que regem sobre o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando os princípios da bioética: beneficência, não maleficência e autonomia (BRASIL, 2016; BRASIL, 2012b).

As participantes da pesquisa foram orientadas sobre o risco de constrangimento ou desconforto e sobre os benefícios por sua participação, pois se pretende, a partir dos resultados, contribuir para a qualidade da assistência por parte dos profissionais de saúde prestada a elas, bem como outros que por ventura fossem pertinentes, tendo sido solicitado àquelas mulheres que desejarem de forma voluntária participar do estudo, a lerem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

4 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados inicialmente com a caracterização das participantes do estudo, incluindo os dados sociodemográficos, às características gineco-obstétricas, seguidos da categoria principal que é a vivência da gravidez ectópica, e suas subcategorias: vivenciando a surpresa da gravidez ectópica, o conhecimento sobre a gravidez ectópica, Sentimentos e sensações frente a gravidez ectópica.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram da pesquisa 09 mulheres que vivenciaram o processo gestação ectópica e foram atendidas na maternidade, sendo que destas, cinco se encontravam na faixa etária de 18 a 34 anos e quatro na faixa de 35 a 40 anos. No quesito raça cor sete participantes se declararam pardas, uma branca e uma não soube informar. Quanto ao grau de escolaridade uma tinha ensino superior completo, cinco ensino médio completo, um ensino médio incompleto e duas ensino fundamental incompleto.

No que se refere à situação conjugal, duas mulheres apresentaram união estável, três eram casadas, três solteiras e outra se considerava divorciada. Sobre a renda familiar seis mulheres tinham em torno de um a dois salários mínimos, sendo que três tinham renda menor de um salário mínimo. Em relação à ocupação, duas eram operadoras de caixa, duas eram do lar, uma era pedóloga, uma era ajudante industrial, uma recepcionista, uma estudante e uma não tinha ocupação.

Quanto às características gineco-obstétricas das participantes, oito mulheres eram, no mínimo, secundigesta, variando de duas a três gestações, e apenas uma era primigesta. Em relação ao parto sete tinham tido pelo menos um parto e duas nunca pariram. Quanto a abortamento, todas estiveram em situação de abortamento em algum momento da vida. Em relação à gestação ectópica prévia, quatro relataram já ter vivenciado, para as demais era o primeiro episódio.

4.2 VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ ECTÓPICA

As participantes do estudo a partir dos seus relatos puderam falar sobre a vivência de gestação ectópica. As falas evidenciam particularidades, deste modo foram organizadas as

subcategorias: vivenciando a surpresa da gravidez ectópica, o conhecimento sobre a gravidez ectópica, Sentimentos e sensações frente a gravidez ectópica.

4.2.1 Vivenciando a surpresa da gravidez ectópica

A descoberta da gravidez ectópica foi uma surpresa para todas as participantes acreditavam que tinham uma gestação normal, mas diante dos sinais e sintomas apresentados foram buscar atendimento e tiveram o diagnóstico de uma gestação inviável. Para algumas mulheres a confirmação da gravidez ectópica demorou um pouco, pois estas não apresentaram sinais e sintomas, descobrindo somente após a primeira consulta de pré-natal e realização de exame de imagem. A seguir falas que contextualizam essa vivência:

Eu tinha ido pro hospital fazer o pré-natal aí me enraivei, me chatee com meu esposo e acabei sangrando, então procurei o atendimento me atenderam super bem, tomaram todas as medidas comigo, descobriu que eu estava mesmo com a gravidez ectópica né? (E5)

Me dirigi até lá para marcar o pré-natal. Chegando lá, eu relatei a médica que tinha tido no mês de março é, um sangramento o mês inteiro, e de fato tinha acontecido, só que como minha menstruação era desregulada o mês de abril ela não veio, então a médica fez: “então como vou saber se está grávida?”, eu peguei e mostrei os exames e tal, aí foi aí que ela me encaminhou para fazer uma transvaginal de emergência. (E6)

Para outras, o processo de descoberta foi mais rápido considerando os sinais e sintomas característicos:

Quando eu engravidei, eu fiz o exame, só que quando eu fiz esse exame eu descobri em poucos dias e quando eu já realmente percebi que algo estava de errado, eu procurei a emergência, eu fiz é um uma transvaginal e onde detectou né? Que a gravidez era ectópica. (E2)

Fui pensando que tava com infecção urinária. Fez um ultrassom na barriga pra saber onde tava o motivo da dor. Aí ele pediu pra fazer um ultrassom transvaginal. Aí quando ele fez a ultrassom, ele conseguiu ver que tava fora do útero, e me explicou que era uma gestação ectópica. (E3)

No momento quando eu descobri, foi quando a menstruação não desceu, e aí ficou aquelas borrinhas escura, aí eu tive que fazer o exame, o beta, descobri que tava grávida, eu fui diretamente na enfermeira eu mostrei a ela, eu disse a ela os sintomas, aí ela disse que eu tava com um princípio de aborto, que era pra eu procurar o obstetra. Fiz uma ressonância magnética, foi através desse exame que eu descobri que era gravidez ectópica. (E7)

4.2.2 O conhecimento sobre a gravidez ectópica

Até as participantes vivenciarem a gravidez ectópica o conhecimento dos riscos era desconhecido, elas não tinham ciência desse tipo de gestação, dos procedimentos que se seguiam após o diagnóstico, quais os transtornos e consequências que este tipo de gravidez poderia causar. Desconheciam, inclusive, que este tipo de gestação era incompatível com a vida do feto, que não poderia evoluir estando fora da cavidade uterina. Seguem trechos das entrevistas que evidenciam isto:

Eu não sabia o que era uma gravidez ectópica, eu acharia que ia ser uma limpeza dentro de mim. Só depois de tudo que aconteceu é que eu vim perceber a situação do que eu tava vivenciando. (E2)

Depois eu fui fazer a transvaginal e viu que ele tava na trompa, eu não sabia que ia ter que tirar o bebê. (E3)

Eu nunca tinha ouvido falar de gravidez ectópica, que tinha esse risco. Nunca na minha vida. Por que eu não tinha noção de como era a gravidez ectópica (E9)

As orientações realizadas pelos profissionais de saúde sobre a gravidez ectópica foram consideradas superficiais e pouco esclarecedoras pelas participantes. Informações importantes sobre a gravidez ectópica, tais como: ocorrência, tratamentos, riscos aos quais as mulheres estavam expostas, a possibilidade de uma nova gestação sem intercorrências após a ectópica, entre outras questões, não foram referidas pelos profissionais que prestaram o atendimento no momento do diagnóstico ou no procedimento cirúrgico consideradas como pertinentes para serem abordadas, embora consideradas importantes pelas participantes. As falas a seguir retratam isso:

Mas ele nem me falou porque acontece isso? Só fizeram dizer que tinha que tirar porque como tava rompido né? Ela falava que eu não ia engravidar mais por aquela trompa, pelo devido o que teve que fazer a cirurgia né? (E1)

Quando eu fui fazer a cirurgia eu não sabia que ia ter que tirar o bebê. Não sabia que ia ter que tomar raque. É foi preciso tirar a trompa, mas eu fiquei sabendo depois que eu acordei (E3)

Não, ela só falou que eu estava com gravidez ectópica, só falou isso. Não, não explicou não (E8)

As mulheres acometidas pela gravidez ectópica apresentaram sinais e sintomas que evidenciavam alguma intercorrência. Algumas queixas foram mais comuns entre elas o sangramento, dor intensa na região de baixo ventre e nas pernas, dor mais intensa que a dor do trabalho de parto, o que fica evidenciado nos relatos a seguir:

Eu senti uma dor muito forte e a barriga endureceu muita dor, porque dói muito. E é uma dor diferente, a dor de uma gravidez ectópica é totalmente diferente duma gravidez normal, eu tava com uma dor na trompa, só tava doendo na trompa né? (E1)

Senti dores, senti cólicas, senti muita cólica senti as dores. Teve o sangramento, tanto as cólicas como o sangramento foi doloroso, acho que um parto não seria tão dolorido, quanto as dores que eu tive, né? (E2)

Dor nas pernas e sangrei bastante. Mas as dores eram mais nas pernas. (E5)

Ao longo da vivência de gravidez ectópica as participantes foram de maneira autônoma buscando informações na internet e construindo, as vezes sozinhas, esse tipo de complicação que levou a interrupção da gestação. Os relatos a seguir expõe isso:

Depois da situação que eu passei eu procurei pesquisar também pra ver o que era realmente. (E4)

Sempre pegava o celular e ficava pesquisando o que era e sempre tem informações né diferente. (E5)

Eu pesquisei muito sobre o caso e eu fui pesquisando na internet mesmo por conta própria. a única solução que eu pesquisei muito na internet, sou muito curiosa. (E6)

4.2.3 Sentimentos e sensações frente a gravidez ectópica

Os sentimentos vividos pelas mulheres diante a descoberta da gravidez ectópica foram intensos e incluíram tristezas, medos e frustrações. As falas a seguir evidenciam estes sentimentos:

Eu comecei bater aquela tristeza dentro de mim, grávida de novo e aí veio o baque novamente, gravidez ectópica no lado esquerdo. Eu fiquei muito frustrada assim de tentar de novo e não ter conseguido. (E1)

Eu fico com muito medo. Eu fico com muito medo de passar por isso novamente, entendeu? (E4)

Poxa, fiquei muito, muito magoada, fiquei meia depressiva, achando que não poderia ter mais filho, que todos que tivesse iria pra as trompas novamente As vezes até hoje eu me sinto incapaz, né, a palavras é essa, de será que realmente vou poder ser mãe novamente. (E6)

É, medo, medo de ser de novo. Eu ainda fico assustada entendeu, com medo ainda de ter, de voltar a ter de novo. (E8)

5 DISCUSSÃO

Para um percentual de mulheres a gestação fisiológica e sem intercorrências pode ser transformada em um evento patológico, onde esta pode ser acometida por diversos fatores que impossibilitem levar adiante a gestação. A gravidez ectópica é uma complicação da gravidez que caracteriza-se com a implantação do óvulo fecundado fora da cavidade uterina. Esta implantação se dá desde às tubas uterinas à cavidade abdominal.

Dentre as causas para este evento estão cesárea anterior, uso de DIU, endometriose, idade superior a 35 anos, fertilização in vitro, dentre outros. Os sintomas podem passar despercebidos algumas vezes por serem os mesmos de uma gestação habitual, no entanto, a dor pélvica e os sangramentos vaginais servem como alerta para as gestantes. O tratamento depende muito do diagnóstico precoce e varia desde a uso de medicamentos a procedimento cirúrgico (FERNANDES; LIMA, 2018).

Este estudo evidencia a vivência de mulheres sobre a gestação ectópica, o perfil das participantes caracterizou-se por uma média de idade entre 31 anos, ratificando Campos (2012), onde reitera que a faixa etária de mulheres acometidas pela gestação ectópica varia entre 20 e 34 anos, fato preocupante, uma vez que, a depender do tratamento e/ou procedimento cirúrgico que a mulher seja exposta, mulheres jovens podem ter suas experiências reprodutivas afetadas e até encerradas.

A respeito dos aspectos de raça/cor, escolaridade e renda familiar, a maioria das mulheres identificaram-se como pardas, solteiras, com ensino médio completo, havendo predomínio de renda familiar entre um a dois salários mínimos. Silva et al. (2020), corrobora com estes dados, ao relatar que a maioria da população negra ocupa posições menos qualificadas e com desvalorização de remuneração no mercado de trabalho, residem em condições consideradas insalubres e que possuem uma grande dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Reafirma-se que as mulheres negras estão mais vulneráveis ao acometimento de certas doenças e agravos, em comparação com as não negras.

Não foi identificado estudo que evidencie associações ou explicações fisiológicas para um maior acometimento da gestação ectópica na população negra, no entanto quando se considera que a população negra é mais propensa ao desenvolvimento de determinadas patologias é muito importante evidenciar a gravidade do racismo no Brasil. Tal consideração quando associada às questões de gênero traz reflexões imperativas e as intervenções precisam acolher as especificidades da mulher negra na sociedade brasileira que por sua vez possui uma desigualdade evidenciada historicamente. Neste sentido, as reivindicações feitas por

organizações de mulheres negras para instituir estratégias de enfrentamento ao racismo institucional na saúde são bastante pertinentes pois este se caracteriza como determinante na qualidade do atendimento prestado à população negra (NASCIMENTO et al., 2018).

As desigualdades de raça, gênero e classe tornam as mulheres negras mais vulneráveis na sociedade do que as mulheres brancas e os homens. O que evidencia isso são as desvantagens que as mesmas apresentam ao se referir sobre escolaridade e renda, por possuírem mais filhos, pelas condições precárias de moradias, por serem em grande maioria as responsáveis pelo sustento da família por não terem parceiros fixos, tal situação impacta diretamente sobre o acesso aos serviços de saúde e as próprias condições de saúde desta população (GOES et al., 2020).

Goes et al. (2020), ainda destaca que existem estudos nacionais onde demonstram a exposição das mulheres negras a entraves tanto institucionais como individuais de acesso aos cuidados que permeiam desde a iniciativa da busca pelo serviço até o atendimento expondo com isso, a incapacidade de realizar um planejamento reprodutivo evitando assim gravidez não desejada visto que o acesso destas mulheres aos métodos contraceptivos é bastante restrito.

Em relação às características gineco-obstétricas das participantes, ao confrontar com a literatura há evidências que elas apresentam fatores de risco da gestação ectópica, dentre estes o que mais se comparam aos coletados neste estudo são: gravidez ectópica prévia, e abortos espontâneos prévios (NASCIMENTO et al., 2019).

A vivência da gestação ectópica para as mulheres do estudo está atrelada à maneira como as coisas acontecem, à assistência recebida, às oportunidades de acesso à informação, ao atendimento e acolhimento. Os estudos comprovam que o diagnóstico precoce da gestação ectópica pode conduzir a um tratamento menos invasivo. O ideal é que este diagnóstico seja feito o mais breve possível e com o saco gestacional ainda íntegro, desta forma, o tratamento nestes casos pode ser feito com o Metotrexato. Por outro lado, o diagnóstico tardio pode levar a um tratamento cirúrgico, resultando em alguns casos na retirada da tuba uterina, aumentando os riscos de complicações, o período de internação e a morbidade e mortalidade (CAMPOS et al., 2012).

Fernandes e Lima (2018), enfatizam que se a gestação ectópica não for diagnosticada precocemente, a vida da mulher pode correr sérios riscos quando se associa à evolução desta patologia à implantação da placenta nos tecidos e órgãos adjacentes, além de causar hemorragias severas culminando na realização de histerectomia de urgência e em situações de maior gravidade pode levar ao óbito materno.

O retardo do diagnóstico se dá na maioria das vezes, pela falta de informação da mulher que não busca a assistência ao pré-natal com brevidade, o que pode acarretar em sequelas ou morte materna, pois o diagnóstico tardio aumenta o período de internação desta mulher por considerar a necessidade de tratamento cirúrgico e retirada do órgão elevando as taxas de morbimortalidade (FERNANDES; LIMA, 2018).

As participantes do estudo, demonstraram não ter conhecimento acerca da gestação ectópica, sobre etiologia, sinais e sintomas e riscos que estas estavam susceptíveis diante, principalmente, de um diagnóstico tardio. Tal situação foi identificada no discurso das entrevistadas, alguns temas são de fato desconhecidos pelas mulheres, principalmente quando se refere a uma situação pouco esclarecida pelos profissionais como é o caso do abortamento e da gestação ectópica.

A fala das participantes destacou o conhecimento sobre tema só após a vivência e busca individualizada por explicações no ambiente virtual, no mundo digital. Não foi possível encontrar estudos que dessem embasamento teórico a tal experiência.

A maioria das participantes do estudo, mesmo após o diagnóstico de gestação ectópica, associaram o desconhecimento sobre o assunto à falta de clareza na explicação advinda dos profissionais que as assistiam. Tal situação é corroborada pelo estudo feito por Camarneiro (2015), onde cita que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros que trabalham com a saúde materna e obstetrícia, estão em constante contato com a perda gestacional e não conseguem muitas vezes intervir apoiando e acolhendo mulheres e casais, isso faz com que recorram e limitem-se ao contato estritamente técnicos.

Desta forma, o conhecimento vai sendo elaborado paulatinamente também a partir do que sentem e do que vivem as participantes; descrevem muito a necessidade de uma assistência mais qualificada pois estas relataram sobre a frustração da não gestação, o luto gestacional e o medo em gestar mais uma vez e correr o risco de ser ectópica. Foi percebido a atribuição de responsabilidades sobre o insucesso gestacional a si mesma, fazendo com que a depressão seja mais evidente do que se a responsabilidade fosse atribuída aos profissionais de saúde por exemplo (ROCHA et al., 2013).

Diante da perda gestacional, o sentimento de impotência muitas vezes também acomete parte dos profissionais de saúde. Tal reação foi evidenciada no estudo feito por Schmalfluss, Matsue e Ferraz (2019), onde enfatiza que o enfermeiro se depara com a insegurança e o despreparo em lidar com tal situação, podendo resultar ainda em uma atitude imprópria que pode resultar de forma negativa para a evolução de aceitação do luto pelos pais não atendendo às suas demandas.

Para Borges, Clemente e Netto (2020), os profissionais que atuam nesta área e que estão expostos corriqueiramente a este tipo de situação não estão preparados para o acolhimento e comunicação com as mulheres que estão vivenciando a gestação ectópica, conseqüentemente o luto gestacional. Enfatiza que este profissional pode não ter recebido em sua formação acadêmica um preparo adequado para lidar com situações delicadas como o abortamento. Os participantes deste estudo descrevem o despreparo tanto dos professores e preceptores de estágios na atuação efetiva e acolhedora a este tipo de assistência, associam este fato ainda ao modo como as instituições de ensino se propõe a lidar estritamente ao processo fisiológico da gestação dando pouco destaque ao que foge à normalidade.

Diante de tal situação, se faz necessário um acolhimento mais específico por parte dos profissionais de saúde, principalmente por se tratar de perda gestacional. Estudos que foram realizados com mulheres que tiveram essas vivências em hospital, evidenciam a necessidade de uma assistência que além de dar conta das alterações físicas e biológicas, deem conta das questões psíquicas as quais as mulheres estão expostas (AMTHAUER, 2012).

As participantes do estudo acreditavam que a gestação na qual estavam vivenciando era uma gestação fisiológica até apresentarem os sinais e sintomas característicos de gestação ectópica, como dor e sangramento (mesmo sem saber que se referiam a este tipo de gestação) e procurarem o serviço de saúde. Estes sintomas estão descritos e bem evidenciados na maioria dos estudos referentes à gestação ectópica. Nascimento et al. (2019), corrobora com esta evidência quando descreve que a gestação ectópica apresenta algumas alterações sendo a dor abdominal juntamente com irritação peritoneal, um dos principais sintomas relatados pela maioria das mulheres. Ainda reitera que os profissionais de saúde devem ter conhecimento sobre gestação ectópica e sempre estar atentos a estes sinais e sintomas para suspeitar desta patologia.

Com a perda gestacional, o luto materno é inevitável pois a mulher idealiza uma gestação que culmine no nascimento de um bebê saudável, e quando esta se depara com uma situação de gestação ectópica, onde a gestação será interrompida precocemente e que não findará com nascimento do bebê idealizado esse luto se torna ainda mais efetivo. Essa perda por sua vez pode gerar uma depressão, pois as projeções em relação ao bebê ideal e ao ser mãe retornam para a mulher. Neste caso ela também vive um luto pela maternidade negando-se a capacidade de procriar fazendo com que o bebê se constitua num objeto melancólico (TEODÓZIO et al., 2020).

Neste estudo ainda pode ser evidenciado a repetição de gestações ectópicas, mulheres vivenciaram essa perda gestacional e o luto materno por duas vezes seguidas. Pontes (2016),

ressaltou em seu estudo que a repetição da perda gestacional na vida reprodutiva da mulher demonstra a incerteza em relação ao futuro, colocando em riscos e ou até desistências nos planos de maternidade biológica.

Contudo, como a gestação ectópica na maioria dos casos resultam na perda gestacional precoce, percebe-se que nem sempre o luto que é vivenciado pela mulher é percebido socialmente, onde muitas vezes é comum a tentativa de silenciar a dor da mulher por considerar que neste tipo de gestação não se evidencia o bebê nem um prognóstico viável para tal. Diante disso, o suporte e acolhimento que ajudaria a mulher a passar por este processo são minimizados (LEMOS; CUNHA, 2015).

Estudos apontam a importância de dar voz às mulheres e as suas experiências de perda, levando em consideração que a falta de reconhecimento social à sua vivência é contribuinte para um suporte insatisfatório. O acolhimento pela equipe multiprofissional é evidenciado como crucial para a facilitação ou não desta vivência. Evidenciou-se ainda que ações de educação em saúde são imprescindíveis (TEODÓZIO et al., 2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu compreender a vivência de mulheres que tiveram gestação ectópica. Tal vivência para as mulheres do estudo está atrelada à maneira como as coisas acontecem, à assistência recebida, às oportunidades de acesso à informação, ao atendimento e acolhimento. Ficou evidenciado que as participantes do estudo não tinham conhecimento sobre a etiologia, diagnóstico, fatores de risco e tratamento da gestação ectópica.

Por não terem conhecimento sobre a situação na qual estavam vivenciando, as participantes do estudo acreditavam que a gestação era uma gestação fisiológica até apresentarem os sinais e sintomas característicos de gestação ectópica e procurarem o serviço de saúde.

Após o diagnóstico e a associação deste tipo de gestação à perda gestacional, as participantes vivenciaram o luto específico fazendo com que sensações possam gerar uma depressão, pois as projeções em relação ao bebê ideal e ao ser mãe retornam para a mulher, esta ainda vive um luto pela maternidade negando-se a capacidade de procriar fazendo com que o bebê se constitua num objeto melancólico.

Este estudo apresenta como lacunas a identificação de uma quantidade de material empírico bastante restrita para embasamento teórico sobre a gestação ectópica principalmente no que se refere à falta de conhecimento das participantes sobre a temática e a vivência do luto gestacional oriundo deste tipo de gestação.

Por ser a gestação ectópica uma temática muito ampla e relevante, ainda existem dados a serem desvendados. Este estudo mostrou a sua importância por contribuir com informações pertinentes para a identificação precoce desta patologia o que propicia uma redução na morbimortalidade que são inerentes à sua evolução, identificou o desconhecimento das mulheres sobre este tipo de gestação, alertando aos profissionais de saúde em especial à enfermagem que atua diretamente nesta assistência, que se qualifiquem e promovam um cuidado mais direcionado e humanizado, além disto, identificou informações úteis para a tomada de decisão sobre evento da gestação ectópica.

Diante do exposto, mulheres e famílias se beneficiam à medida que posteriormente venham a ser atendidas por estes profissionais que já estão aptos a desenvolver uma assistência de forma qualificada e embasada em evidências científicas. Para os profissionais de saúde, principalmente a enfermagem, o estudo capacita-os com conhecimento científico e específico dando suporte na condução do tratamento a partir do diagnóstico precoce como também na conduta para a prestação de serviço qualificada.

O estudo contribui ainda para aumentar o acervo com os estudos relacionados a esta relevante temática, visto que estes são limitados e quando apresentados possuem dados ultrapassados. Este ainda serve de alerta para as questões psicológicas relacionadas à gestação ectópica (o luto gestacioanal) ainda pouco discutida na literatura. Contudo, o estudo agrega conhecimento científico sobre a temática, auxiliando na implementação da assistência embasada em evidências científicas, contribuindo principalmente na detecção do diagnóstico precoce para a tomada de decisão em medidas menos invasivas para o tratamento, no qual sejam preservadas as funções do aparelho reprodutor feminino.

REFERÊNCIAS

AMTHAUER, Camila et al. Práticas assistenciais na perda gestacional: vozes de profissionais de saúde da família. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 11, n. 1, p. 81-88, 2012. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18862/pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 1. ed. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016. p. 125-198.

BORGES, Lídia Christina Vasconcelos; CLEMENTE Nathália Rezende; NETTO, Luciana. (In) Congruência na assistência às mulheres em situação de abortamento: o que dizem os acadêmicos sobre seus processos formativos. **REME rev. min. enferm.**, v. 24, e-1297, 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/e1297.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programáticas. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1984, 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde,6). Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/06/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 22 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 27 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 27 mar. 2020.

BRASIL, **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/11634.htm. Acesso em: 27 mar. 2020.

BRASIL. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf. Acesso em: 27 mar. 2020.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. 27 mar. 2020.

BRASIL. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 27 mar. 2020.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 12 nov. 2019.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 12 nov. 2019.

CARVALHO, Elisabete Mesquita Peres; GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. **Rev Esc Enferm USP**. v. 49, n. 6, p. 890-898, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FYvyK9YxYW9ytmqgqFrSqQn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2020.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **RSP.**, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581>. Acesso em: 19 jun. 2020.

COUTINHO, Tadeu; COUTINHO MILANI, Conrado; COUTINHO; Larissa Milani. Gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: uma complicação emergente. **FEMINA**. v. 42, n. 1, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n1/a4809.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

CUNHA, Alfredo de Almeida et al. Prevalência de gravidez ectópica rota e características clínicas em hospital maternidade da Baixada Fluminense. **Revista Científica do HCE**, v. 1, epub, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.hce.eb.mil.br/images/comsoc/revista/2018/3-Artigo-Reviso---Prevalencia-de-gravidez-ectopica-rota-e-caracteristicas-clinicas-em-hospital-maternidade-da-baixada-Fluminense.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

EBSERH. Empresa brasileira de serviços hospitalares. **Carta de serviços ao cidadão**. Maternidade Climério de Oliveira COM-UFBA/Ebserh. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/mco-ufba/acao-a-informacao/acoes-e-programas/Carta_de_Servicos_ao_Usuario_MCOUFBA_2021.pdf. Acesso em: 27 out. 2021.

FERNANDES, Kalliane Valeska Mendes Leite; LIMA, Carlos Bezerra. Gravidez ectópica: reflexões acerca da assistência de enfermagem. **Temas em Saúde**. v. 18, n. 1, João Pessoa, 2018. Disponível em: <https://temasensaude.com/wp-content/uploads/2018/04/18107.pdf>. Acesso em: 27 out. 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GUIMARÃES, Bernardo Carneiro de Sousa et al. Metotrexato na gravidez ectópica. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v. 24, n. 2, p. 90-93, 2018. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20181006_152348.pdf. Acesso em: 22 fev. 2020.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LEMOS, Luana Freitas Simões; CUNHA, Ana Cristina Barros. Morte na maternidade: como profissionais de saúde lidam com a perda. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 20, n. 1 p. 13-22, 2015. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/23885/pdf_2. Acesso em: 20 nov. 2021.

MAGALHÃES, Alessandra L. C; JESUS, Nilson R; TRAJANO, Alexandre J. B. Tratamento clínico da prenhez ectópica. **Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto**, v. 14, n. 2, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/18349>. Acesso em: 20 nov. 2019.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor**. São Paulo: Ideias & letras, 2017.

MATOS, Barbara Pessoa et al. Gestação heterotópica: diagnóstico ultrassonográfico com gravidez ectópica não rota em serviço de emergência - Relato de caso. **Rev Med. Minas Gerais**, v. 28, e-1947, 2018. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180037>. Acesso em: 20 nov. 2019.

MATOS QUIALA, Hugo Ariel et al. Caracterización de embarazo ectópico. **Rev. inf. cient**, v. 97, n. 6, p. 1100-1110, Cuba, 2018. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000601100&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2021.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge. **Rezende obstetrícia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

NASCIMENTO, João Lucas Barbosa et al. Cuidados de Enfermagem Frente aos Riscos Evidenciados na Gravidez Ectópica. **Braz. J. Health Rev.**, v. 2, n. 2, Curitiba, 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1369>. Acesso em: 17 abr. 2021.

PIO, Danielle Abdel Massih; CAPEL, Mariana da Silva. Os significados do cuidado na gestação. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 1, p. 74-81, 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 nov. 2021.

PONTES, Vívian Volkmer. **Trajetórias interrompidas: perdas gestacionais, luto e reparação** [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, 254 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/95n6t>. Acesso em: 20 abr. 2021.

RATTNER, Daphne et al. ReHuNa - A rede pela humanização do parto e nascimento. **Rev Tempus, Actas de Saúde Colet**, v. 4, n. 4, p. 215-228. 2010. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849>. Acesso em: 20 abr. 2021.

ROCHA, Glauco Heirison dos Santos. et al. Gestação ectópica: compreensão e crenças a respeito do diagnóstico, tratamento e suas repercussões. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, v. 11, n. 2, p. 02-26, 2013. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2019.

SANTOS, Leonardo Oliveira; IMBIRIBA, Mauro Carvalho; NEVES, Breno Serique. Gravidez ectópica retroperitoneal: um relato de caso. **Para Res Med J.**, Belém, v. 1, n. 3, e29, 2017. Disponível em: <https://prmjournal.org/article/10.4322/prmj.2017.029/pdf/prmjjournal-1-3-e29.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2020.

SANTOS, Thais Elano Rodrigues et al. Práticas de Enfermagem às mulheres que vivenciaram aborto: revisão integrativa. **Nursing (São Paulo)**, v. 24, n. 272, p. 5198-5203, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1148467>. Acesso em: 21 nov. 2021.

SANTOS, Vitória Sarti Verssoni; SOUZA, Gabriella Soares de. A incidência de uma gravidez ectópica e sua relação com quadro de infertilidade. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.3, p. 9669-9676, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/29151/22994>. Acesso em: 20 jan 2022.

SCARTON Juliane et al. Perfil da mortalidade materna: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. pesqui, cuid. fundam. (Online)**, v. 11, n. 3, p. 816-822. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-987303>. Acesso em: 10 ago. 2020.

SCHMALFUSS, Joice Moreira; MATSUE, Regina Yoshie; FERRAZ Lucimare. Women with fetal death: nurses' care limitations. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, Suppl 3, p. 365-8. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/t7mkLN3f56xTD8kTZSDsT4x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2020.

TEODÓZIO, Andressa Milczarc et al. Particularidades do luto materno decorrente de perda gestacional: estudo qualitativo. **Revista Subjetividades**, v. 20, n. 2, e9834, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/e9834>. Acesso em: 13 set. 2021.

VICO, Amanda Fedevjcyk. **Avaliação da implantação dos centros de parto normal no Sistema Único de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, p. 79. 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25239>. Acesso em: 17 abr. 2021.

ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia**. 3. ed. Barueri: Manole, 2016.

APÊNDICE A - Formulário para a coleta de dados

Formulário para a coleta de dados

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
Iniciais do nome:		Idade:
Grau de escolaridade: EFC () EFI () EMC () EMI () SC () SI ()		
Raça/cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena		
Situação conjugal: () Casada () Solteira () União estável () Divorciada () Viúva		
Ocupação:		
Renda familiar:	Renda individual:	Quantas pessoas dependem dessa renda?
Telefone:	E-mail:	
Unidade de Procedência:	Município de Residência:	
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS		
Número de gestações:	Número de abortamentos:	Número de partos:
Gestação desejada: () Sim () Não	Gestação planejada: () Sim () Não	Idade Gestacional:
Tipos de parto: _____ normal _____ cesariana _____ fórceps _____ vácuo		
Gravidez Ectópica Prévia: _____ História Progressiva de IST: _____ Doença Inflamatória Pélvica Progressiva: _____ Endometriose: _____ Cirurgia Tubária ou Pélvica Prévia: _____ Tratamento para Infertilidade: _____ Miomas: _____ Uso de DIU: _____ Infecção Pós-parto ou pós-aborto: _____ Tabagismo: _____		
QUESTÕES NORTEADORAS		
1 – O que você entende sobre o que aconteceu com você? (como se deu o diagnóstico, o que você entende sobre o diagnóstico, como se deu o tratamento)		
2 - Conte-me sobre sua vivência de gestação ectópica (como aconteceu, o que você sentiu, facilidades e dificuldades que encontrou em toda vivencia)		
3 – Quais suas perspectivas quanto à gestação?		
4 – Ficou alguma sequela depois da gestação ectópica? (física e/ou emocional)		

Legenda

EFI - Ensino Fundamental Incompleto
 EFC - Ensino Fundamental Completo
 EMI - Ensino Médio Incompleto EMC -
 Ensino Médio Completo
 SI - Superior Incompleto
 SC - Superior Completo

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A participante:

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “Vivências de mulheres sobre a gravidez ectópica” que tem como pesquisadora a enfermeira obstétrica e mestranda Gleice de Oliveira Santos e como coordenadora a Prof^ª. Dr^ª. Telmara Menezes Couto. Esse trabalho tem como objetivo compreender a vivência do evento da gestação ectópica para a mulher.

As participantes do estudo serão mulheres atendidas/acompanhadas na maternidade escola onde a pesquisa será realizada.

Ocorrerá entrevista com duração média de 40 minutos. Esta será realizada pela plataforma virtual da Microsoft Teams, será gravada, sob condição da sua aprovação, para posterior transcrição das falas, visto que, trata-se de uma das fases necessárias para análise dos resultados, sendo importante o uso das informações tal qual foram expostas.

Sua participação é voluntária, sem nenhuma recompensa financeira, e você terá liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo, não sendo necessárias explicações. Você será esclarecida acerca da gestação ectópica, bem como o objetivo desse estudo.

Os resultados encontrados serão analisados, organizados e classificados para publicações futuras. As informações serão utilizadas para os fins da pesquisa e sua identidade será preservada, sendo garantido total sigilo sobre você. Apenas as pesquisadoras terão conhecimento do conteúdo das entrevistas.

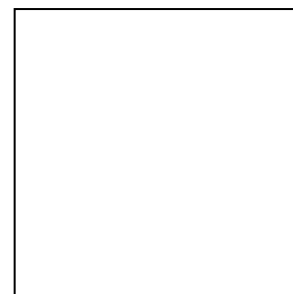
A pesquisa poderá oferecer riscos, como constrangimento ou desconforto, mas não compromete a sua dignidade. Os procedimentos adotados obedecem aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme as Resoluções nº 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Você terá benefícios por sua participação, pois se pretende, a partir dos resultados, contribuir para a qualidade da assistência por parte da(o)s profissionais

de saúde prestada à vocês. Assim, as pesquisadoras se comprometem em divulgar os resultados obtidos.

Qualquer dúvida ou problema que ocorrer em relação à pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras.

Salvador, _____/_____/_____

Assinatura da participante



Impressão Digital

Gleice de Oliveira Santos
(Pesquisadora)

Contatos:

Coordenadora da pesquisa: Telmara Menezes Couto

Telefone: (71) 99188-3257

E-mail: telmaracouto@gmail.com

Pesquisadora: Gleice de Oliveira Santos

Telefone: (71) 992895849

E-mail: gleiceenfermagem@hotmail.com

ANEXO A - Carta de anuência

Maternidade Climério de Oliveira
Universidade Federal da Bahia



EBSERH
SUSPENSÃO DE ATIVIDADES

MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
Rua do Limoeiro, nº 137, Nazaré – 40055-150 – Salvador-BA
Telefone: (71) 3283-9232
[gcp.mco@ufba.br](mailto:gep.mco@ufba.br)

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Carlos Augusto Santos de Menezes, declaro estar informado da metodologia que será desenvolvida no Projeto de Pesquisa intitulado: “**Síndromes hemorrágicas e suas implicações para saúde da mulher**” a ser realizado pela pesquisadora **Telmara Menezes Couto**, com o seguinte objetivo: Aprimorar o conhecimento acerca das principais hemorragias presentes na gravidez, parto e puerpério e suas implicações para a saúde das mulheres. Assim, o estudo será realizado na Maternidade Climério de Oliveira (MCO), hospital especializado de natureza pública e atendimento integral ao Sistema Único de Saúde (100% SUS), situado na região metropolitana de Salvador, sendo considerado hospital maternidade referência na assistência à saúde da Bahia.

O referido projeto obrigatoriamente deverá passar pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, para sua aprovação e liberação. Deverá ser assegurado que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, para que seja cumprido o que estabelece a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Deverá ser garantido que os dados sejam utilizados exclusivamente para a realização do referido estudo.

Salvador, 18 de março de 2019.

Dr. Carlos Augusto Santos de Menezes
Gerente de Ensino e Pesquisa
Maternidade Climério de Oliveira
UFBA/EBSERH Mat. 6207805

CARLOS AUGUSTO SANTOS DE MENEZES
Gerência de Ensino e Pesquisa da MCO-EBSERH-UFBA
Matricula Siape nº 6287805
Email: menezescarlos@uol.com.br

ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Síndromes obstétricas com potencial hemorrágico e suas implicações para saúde da mulher

Pesquisador: Telmara Menezes Couto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15213819.1.0000.5543

Instituição Proponente: Maternidade Climério de Oliveira/UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.426.869

Apresentação do Projeto:

A hemorragia é a maior causa evitável de morte materna no mundo e inclui hemorragia antes, durante e após o parto. Ocorre entre 10 a 15% das gestações e podem representar complicação gestacional ou agravos ginecológicos concomitantes com o período gravídico sendo responsável por 25 a 30% de todos os óbitos maternos. As mais importantes situações hemorrágicas gestacionais são classificadas como hemorragias da primeira e segunda metade da gestação e a hemorragia pós-parto. O padrão de causas de morte materna no Brasil é semelhante em todas as regiões e períodos. Entre as principais causas de mortes maternas diretas que ocupam 66% dos óbitos entre mulheres, a hemorragia surge em segundo lugar apresentando cerca de 10 a 15% no total dos óbitos. Em primeiro lugar destacam-se ainda as síndromes hipertensivas 20% seguindo em 3ª a infecção puerperal 7% e o aborto com 5% dos óbitos maternos ocupando o 4º lugar. Estas mortes estão diretamente relacionadas ao cuidado prestado, bem como ao tempo de resposta nas intercorrências. O atendimento oportuno e adequado antes, durante e após o parto pode salvar a vida de muitas mulheres. A taxa de mortalidade e a melhoria da saúde materna são dois importantes indicadores de desenvolvimento em uma região e foram definidos como objetivos a serem atingidos dentro da proposta sobre saúde e desenvolvimento sustentável adotados pela comunidade internacional em 2015. A morte materna associada à hemorragia é frequente nos países em desenvolvimento, nos quais as mulheres estão mais expostas a riscos e também a condições econômicas desfavoráveis. A redução dessas mortes é um objetivo fundamental para o

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

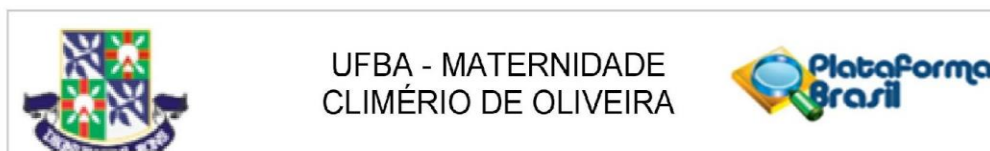
CEP: 40.055-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 3.426.869

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	28/06/2019 23:21:16	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_pesquisador.pdf	27/06/2019 21:40:02	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Confidencialidade.pdf	27/06/2019 21:39:34	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso_coleta_dados.pdf	27/06/2019 21:39:08	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	solicitacao_de_campo.pdf	27/06/2019 21:38:42	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_equipe.pdf	27/06/2019 21:37:06	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_concordancia_daianne.pdf	27/06/2019 21:36:35	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_gleice.pdf	27/06/2019 21:35:07	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_concordancia_jaqueline.pdf	27/06/2019 21:34:47	Telmara Menezes Couto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle.pdf	27/06/2019 21:33:11	Telmara Menezes Couto	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	05/06/2019 19:50:25	Telmara Menezes Couto	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	30/05/2019 17:27:44	Telmara Menezes Couto	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/05/2019 17:14:13	Telmara Menezes Couto	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30/05/2019 17:08:36	Telmara Menezes Couto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 30 de Junho de 2019

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador(a))

Endereço: Rua do Limoeiro, 137
Bairro: Nazaré CEP: 40.055-150
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-9210 E-mail: cepmco@ufba.br

ANEXO C - Autorização de acesso para coleta de dados



Universidade Federal da Bahia
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Maternidade Climério de Oliveira

OFÍCIO Nº 025/2019/GEP/MCO

Salvador, 10 de julho de 2019.

Aos (as) Senhores (as)

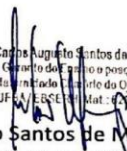
Dra. Isabela Maria Muniz de Araújo Goés
Chefe de Setor Regulação e Avaliação em Saúde
Enfª. Mirian Santos Oliveira
Chefe da Divisão de Enfermagem (Alojamento/enfermarias)
Dr. Leonardo, de Oliveira Palmeira
Chefe da Unidade de Atenção a Saúde da Mulher (Ambulatório)
C/C: SAME/Educação Continuada/Unidade de Apoio Operacional (Portaria)

Assunto: Autorização de acesso às unidades acima para coleta de dados

Prezados (as) Senhores (as),

Venho, por meio deste, autorizar a pesquisadora responsável **Telmara Menezes Couto** e sua equipe de pesquisa: **Daianne Teixeira Soares, Gleice de Oliveira Santos, Jaqueline Alves Pires, Keury Thaysana Rodrigues dos Santos e Patrícia Santos de Oliveira** a coletarem dados referentes ao projeto de pesquisa **"Síndromes obstétricas com potencial hemorrágico e suas implicações para saúde da mulher**, CAAE: 15213819.1.0000.5543, com situação do parecer nº 3.426.869 **"APROVADO"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira - CEPMCO, em 30/06/2019.

Atenciosamente,


Dr. Carlos Augusto Santos de Menezes
Gerente de Ensino e Pesquisa
Maternidade Climério de Oliveira
UFBA/EBSEH - Mat: 027005

Carlos Augusto Santos de Menezes
Gerente de Ensino e Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira

Rua do Limoeiro, 137, Nazaré – Telefone: (71) 3283-9232
CEP 40055-150 Salvador/BA - www.mco.ebserh.gov.br