

ORGANIZADORES

Symara A. Albuquerque de Oliveira Cabral

Guilherme Gadelha Pereira de Carvalho

Emanuely Rolim Nogueira

Filipe Pereira da Silva Dias

Elisangela Vilar de Assis

A REALIDADE DA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL CONTEMPORÂNEO





**A REALIDADE DA
SAÚDE DA MULHER
NO BRASIL
CONTEMPORÂNEO**

Colaboraram nesta edição:

Capa: Larissa Rodrigues de Sousa & Filipe Pereira da Silva Dias

Comissão editorial: Sayonara Abrantes de Oliveira Uchôa e Henrique Miguel de Lima Silva

Editoração: IDEIA – Inst. de Desen. Educ. Inter. e Aprendizagem

CABRAL, Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira; CARVALHO, Guilherme Gadelha Pereira de; NOGUEIRA, Emanuely Rolim; DIAS, Filipe Pereira da Silva; ASSIS, Elisangela Vilar de. **A Realidade da Saúde da Mulher no Brasil Contemporâneo**. Cajazeiras – PB: IDEIA – Inst. De Desen. Educ. Interd. e Aprendizagem, 2020.

ISBN: 978-65-88798-06-5

1. Saúde Pública 2. Saúde da Mulher 3. Atenção a Saúde I. Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral II. Guilherme Gadelha Pereira de Carvalho III. Emanuely Rolim Nogueira IV. Filipe Pereira da Silva V. Elisangela Vilar de Assis.

CDD. 610.570



Reservados todos os direitos de publicação à
IDEIA – Inst. de Desen. Educ. Interd. e Aprendizagem
Rua Tenente Arsênio, 420 – Centro
Cajazeiras – PB CEP 58.900-000
www.editoraideiacz.com.br

Os trabalhos apresentados foram premiados no VIII Congresso Paraibano em Saúde da Mulher.

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora ou citação adequada da fonte.

O conteúdo e dados apresentados na obra são de inteira responsabilidade dos seus autores e orientadores.

APRESENTAÇÃO

O Brasil é um país peculiar, de dimensões continentais, com uma riqueza cultural inigualável, protegida e difundida, no perpassar dos anos, pelos mais de 200 milhões de habitantes. Sua extensão territorial determina múltiplas diferenças em diversos âmbitos, sobretudo no ambiental, bem como no social e cultural, alimentar e de adoecimento.

Tal peculiaridade pronuncia-se como um colossal desafio ao planejamento estratégico de políticas públicas, sobretudo na área da saúde, levando-se em consideração que as diferenças culturais, sociais e ambientais agem como condicionantes e determinantes da saúde da população.

Diante de tais perspectivas é que, a partir da Constituição Federal de 1988, previu-se a descentralização da gestão e das políticas públicas de saúde no país, regulamentada pelas Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990. Tal descentralização permite a adequação da aplicabilidade de recursos direcionada às reais necessidades populacionais.

Aos profissionais de saúde, cabe o reconhecimento da multiplicidade de fatores que envolvem a saúde da população, sobretudo da mulher no âmbito nacional. De tal modo, a presente obra apresenta estudos de pesquisadores de todo território nacional, com distintas perspectivas que traduzem uma abordagem contemporânea da saúde da mulher.

Conhecer a realidade da saúde da mulher no Brasil contemporâneo é um exercício reflexivo que permite identificar lacunas assistenciais e potenciais de atuação de profissionais que pautam suas práticas na empatia.

Organizadores.

SUMÁRIO

_Toc54358257

À PLACENTA PRÉVIA COMO FATOR DE EVIDÊNCIA DO DÉFICIT ASSISTENCIAL NAS REGIÕES DO BRASIL..... 8

Nadine Oliveira Cabral

Monique Maria Silva da Paz

Natália Mota da Silva Borges

Vaitssa Jorge da Silva

Viviann Alves de Pontes

Thais Josy Castro Freire de Assis

ANÁLISE DOS REGISTROS RELACIONADOS AOS CASOS DE HIPÓXIA INTRAUTERINA E ASFIXIA AO NASCER NO ESTADO DA PARAÍBA, ENTRE O PERÍODO DE 2015 A 2019.....13

Giovanna Pimentel Oliveira Silva

Alice Barbosa Nascimento

Hayanna Candida Carvalho De Souza

Ketlen Natany Goes Xavier

Roberta Visniewski Ximenes

ANÁLISE ESPAÇO-TEMPORAL DA MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL 23

Isabelle Canuto Rabelo Barbosa

Jardany Miranda Souza

Jardel Pessoa Medeiros

Amanda Lídia Dantas Targino

Dorothy Bezerra Linhares

Lia Maristela da Silva Jacob

ANTROPOMETRIA E INFERTILIDADE: PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE MULHERES ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO..... 36

Larissa Jorge da Silva

Clarissa Viana Demézio da Silva

CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA EM MULHERES NO ESTADO DO PARÁ, BRASIL..... 48

Cleizimara Cavalcante Nunes

Ilga Milla Chaves Silva

Israel Clemeson Moutinho Leite

Ana Emília Gomes Macedo

CORRELAÇÃO ENTRE PARTO CESÁREA, BAIXO PESO AO NASCER E PREMATURIDADE	58
<i>Marcos Campos Pontara</i>	
<i>Greice Kelly Palmeira Campos</i>	
<i>Luciano Antonio Rodrigues</i>	
<i>Adriene de Freitas Moreno Rodrigues</i>	
<i>Keila Cristina Mascarello</i>	
CORRELAÇÃO ENTRE OS SINTOMAS CLIMATÉRICOS E A FUNCIONALIDADE EM MULHERES DE MEIA-IDADE	68
<i>Natália de Oliveira Ribeiro</i>	
<i>Aline Medeiros Cavalcanti da Fonsêca</i>	
DESIGUALDADES RACIAIS NA ASSISTÊNCIA À GESTANTE E À PARTURIENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	80
<i>Lívia Oliveira Moura dos Santos</i>	
<i>Willyanne Vichória e Figueiredo Luna</i>	
<i>Wendson Batista Fonseca</i>	
<i>Maylle Tallyta Oliveira Cavalcante</i>	
<i>Allâny Rebecka Nascimento de Sales</i>	
<i>Celina Alves de Albuquerque Neta</i>	
EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO APÓS O CREDENCIAMENTO À REDE CEGONHA EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO LOCALIZADA AO NOROESTE DO ESPÍRITO SANTO.....	90
<i>Thaís de Andrade Godói Gonzaga de Almeida</i>	
<i>Greice Kelly Palmeira Campos</i>	
<i>Adriene de Freitas Moreno Rodrigues</i>	
FATORES DESENCADEANTES DE AGRAVOS NA MATERNIDADE DE MULHERES ENCARCERADAS	102
<i>Açucena de Farias Carneiro</i>	
<i>Isabele Córlet Barreto</i>	
<i>Janielle Tavares Alves</i>	
<i>Rodrigo Sousa de Abrantes</i>	
<i>Gustavo de Souza Lira</i>	
<i>Maria Berenice Gomes Nascimento</i>	
GESTAÇÃO POR HOMENS TRANS: DESCONHECIMENTO E CONSEQUÊNCIAS GERADAS POR ESTE.....	115
<i>Lucas Cruz Torres</i>	
<i>Ana Priscila Franca Correia</i>	
<i>Veruscka Pedrosa Barreto</i>	

MELHORIA NA ASSISTÊNCIA PRÉ- NATAL NA PARAÍBA COMO INDICADOR DE SAÚDE..... 126

Gabriel Campos Alves Batista

Luana de Almeida Silva

Maria Isadora Benedito de Araújo

Maria Heloisa Alves Benedito

Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral

PERFIL AVALIATIVO DE MORTALIDADE DE MULHERES NA IDADE FÉRTIL NA PARAÍBA 136

Gabriel Campos Alves Batista

Luana de Almeida Silva

Maria Heloisa Alves Benedito

Maria Isadora Benedito de Araújo

Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral

PERFIL DA MORTALIDADE MATERNA POR CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRETAS NA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2009 A 2018.....145

Janielle Tavares Alves

Irla Jorrana Bezerra Cavalcante

Antônio Wellington Grangeiro Batista de Freitas

Açucena de Farias Carneiro

Vitória Sales Firmino

Maria Berenice Gomes Nascimento

PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM PACIENTES COM CÂNCER: CONGELAMENTO DE TECIDO OVARIANO154

Dolores de Albuquerque Ferreiro

Iohanna Melo de Araújo

Rafaela Leandro de Lima

Taynah de Almeida Melo

Verônica Florêncio Ferraz Torres Duarte

SÍFILIS NA GESTAÇÃO: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA AINDA NÃO VENCIDO PELAS AÇÕES PREVENTIVAS VIGENTES..... 162

Brena Raiany De Sousa Abrantes

Rodrigo Sousa de Abrantes

Mariana Alexandre Gadelha De Lima

Irla Jorrana Bezerra Cavalcante

Symara Abrantes Albuquerque De Oliveira Cabral

TENDÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR HEMORRAGIA PÓS-PARTO NO BRASIL ENTRE 2009 E 2019.....172

Eric Cymon do Vale Beserra

Isabelle Canuto Rabelo Barbosa

Heitor Pereira Vale da Costa

Daiane de França Falcão Leal

Lia Maristela da Silva Jacob

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA POR DOENÇAS
HIPERTENSIVAS NA PARAÍBA ENTRE OS ANOS DE 2010 E 2018 181

Mariana Alexandre Gadelha de Lima

Irla Jorrana Bezerra Cavalcante

Brena Raiany de Sousa Abrantes

Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral

FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS EM GESTANTES DO ESTADO DA PARAÍBA:
ANALISANDO O SINAN 189

Kalyne Araújo Bezerra

Pollyanna Jorge Canuto

Hevillyn Cecília Ventura Barbosa

A PLACENTA PRÉVIA COMO FATOR DE EVIDÊNCIA DO DÉFICIT ASSISTENCIAL NAS REGIÕES DO BRASIL

Nadine Oliveira Cabral

UFPB - Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde. Email: nadine-cabral@hotmail.com. Lattes: lattes.cnpq.br/3925350882459443. ORCID: 0000-0002-9193-8007

Monique Maria Silva da Paz

UFPB - Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde. Email: moniquemariaspaz@gmail.com. Lattes: lattes.cnpq.br/1587172056553425. ORCID: 0000-0002-5366-5984

Natália Mota da Silva Borges

UFPB - Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde. Email: nataliaborgespbjp@gmail.com. Lattes: lattes.cnpq.br/7000059831832396. ORCID: 0000-0002-4585-1541

Vaitssa Jorge da Silva

UFPB - Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde. Email: vaitssajorge@gmail.com. Lattes: lattes.cnpq.br/5859617244050178. ORCID: 0000-0002-6505-3184

Viviann Alves de Pontes

UFPB - Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde. Email: viviannpontes11@gmail.com. Lattes: lattes.cnpq.br/5296329760337240. ORCID: 0000-0002-4868-9690

Thais Josy Castro Freire de Assis

UFPB - Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde. Email: thaisjosy@yahoo.com.br. Lattes: lattes.cnpq.br/0040374069838293. ORCID: 0000-0003-2820-5393

A placenta prévia é uma complicação rara da gravidez em que a placenta está parcialmente ou totalmente incorporada no segmento inferior do útero, podendo ou não recobrir o orifício cervical interno. É caracterizada por hemorragia indolor durante a segunda metade da gestação e seu diagnóstico se dá através de sinais clínicos e exames de imagem, como a ultrassonografia e ressonância magnética. O Sistema Único de Saúde é responsável pela maior parte das consultas dessas gestantes, no entanto, a quantidade e qualidade delas está totalmente interligado com a natureza do atendimento e das condições de assistência e investimentos em saúde da região em que a gestante reside. Tem-se por objetivo analisar o índice de casos de PP nas regiões do Brasil. Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, realizado por meio de levantamento de dados do TABNET/DATASUS no período de agosto de 2018 a agosto de 2019, em relação aos casos registrados de placenta prévia. As regiões Norte e Nordeste apresentaram um maior déficit assistencial relacionado às variáveis analisadas, com maiores índices de mortalidade, menor número de consultas do pré-natal, e a região Sudeste concentrou 42,9% dos casos de PP do Brasil. A placenta prévia mostra-se como um fator determinante do déficit assistencial à saúde da mulher, evidenciando a necessidade de medidas preventivas e da importância do acompanhamento adequado para estas mulheres. **Palavras-chave:** Placenta Prévia. Sistema Único de Saúde. Saúde da Mulher.

The placenta previa is a rare complication of pregnancy in which the placenta is partially or totally incorporated in the lower segment of the uterus, with or without covering the internal cervical orifice. It is characterized by painless bleeding during the second half of pregnancy and its diagnosis is made through clinical signs and imaging tests, such as ultrasound and magnetic resonance imaging. The Unified Health System is responsible for most of the consultations of these pregnant women, however, the quantity and quality of these is totally interconnected with the nature of the care and the conditions of assistance and investments in health in the region where the pregnant woman lies. To objective is to analyze the index of PP cases in the regions of Brazil. Descriptive epidemiological study, carried out through data collection from TABNET/DATASUS from August 2018 to August 2019, in relation to registered cases of placenta previa. The North and Northeast regions showed a greater health care deficit related to the variables analyzed, with higher mortality rates, fewer prenatal consultations, and the Southeast region concentrated 42.9% of the cases of PP in Brazil. The placenta previa proves to be a determining factor in the deficit of assistance to women's health, highlighting the need for preventive measures and the importance of adequate monitoring for these women.

Keywords: Placenta Previa. Unified Health System. Women's Health.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período único do ciclo vital feminino e, durante todo o período gestacional, acontecem diversas modificações no corpo da mulher, sendo elas físicas, emocionais e fisiológicas, que são fundamentais para sustentar o feto em crescimento e preparar a mulher para o trabalho de parto e para a lactação (REZENDE, 2005).

Neste cenário, um órgão materno-fetal que se destaca e apresenta bastante importância é a placenta, que é uma barreira biológica (barreira hemato-placentária). Ela é responsável pela mediação de trocas de nutrientes e outras substâncias entre a mãe e o feto, além de proteger ambos contra infecções (BURTON; JAUNIAUX, 2015; NELSON *et al.*, 2015).

Sua origem é precoce no desenvolvimento embrionário, a partir da porção externa do blastocisto, chamada trofoectodermo. Duas camadas celulares, uma externa e multinucleada (sinciciotrofoblasto) e outra interna com células uni-nucleadas (citotrofoblasto) são formadas pelo desenvolvimento dos trofoblastos. As células trofoblásticas permitem a implantação na parede uterina (chamada decídua), o desenvolvimento placentário e formam as vilosidades placentárias, com ramificações que propiciam maior área de troca com o sangue materno (BURTON; JAUNIAUX, 2015).

Sabe-se que podem ocorrer algumas alterações na placenta, como é o caso da placenta prévia (PP) que é caracterizada pela condição na qual a placenta está, parcialmente ou totalmente, incorporada na porção inferior do útero, podendo ou não revestir o orifício cervical interna. As mudanças anatômicas ocasionadas são formadas frequentemente e descobertas quando a gravidez alcança o terceiro trimestre. Nesse contexto, o diagnóstico de PP requer uma análise ecográfica, realizada nesse mesmo período de tempo (PEREIRA; CAMPOS, 2013).

A atenção à saúde das mulheres apresenta a execução do pré-natal como principal ferramenta de assistência no período gravídico-puerperal. De acordo com o Ministério da Saúde, a prática desse instrumento deve incluir condutas acolhedoras, elaboração e realização de ações educativas, intervenções preventivas, sem processos desnecessários. Dessa forma, as atividades são praticadas regularmente e observou-se que a aplicação desse recurso está correlacionada a melhores desfechos perinatais, pois além das condutas citadas, o pré natal inclui diagnóstico precoce de doenças com a

placenta prévia e análise de situações que podem colocar a saúde materna e fetal em risco, no qual é necessário um cuidado com a sintomatologia indolor da PP e sua diferenciação dos casos de descolamento prematuro de placenta. (ELAINE *et al.*, 2014; MARTINELLI, 2018).

Além disso, em sua maioria, o primeiro atendimento que a gestante com PP recebe é de caráter de urgência ao invés do diagnóstico por meio do pré-natal. Esse atendimento provoca uma grande demanda da equipe de saúde, além de maiores gastos com internações, possíveis intervenções e predispõe a uma maior taxa de óbitos maternos por placenta prévia (DIAS, 2015). Com isso em mente, o objetivo desse trabalho é analisar a incidência de casos de PP nas diferentes regiões do Brasil e relacioná-las a qualidade na assistência prestada às gestantes.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo realizado na base de dados institucionais do sistema TABNET do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), disponível para domínio público por meio do endereço eletrônico <http://tabnet.datasus.gov.br/>. O período de coleta no sistema foi entre agosto de 2017 a agosto de 2018 e foram utilizados os seguintes fatores para análise: casos registrados de acordo com o código O44 do CID-10 (placenta prévia) no Brasil; região brasileira de registro de ocorrência; faixa etária das gestantes; taxa de mortalidade; tempo médio de permanência e dados assistenciais, como valor gasto com serviços hospitalares relacionados à PP.

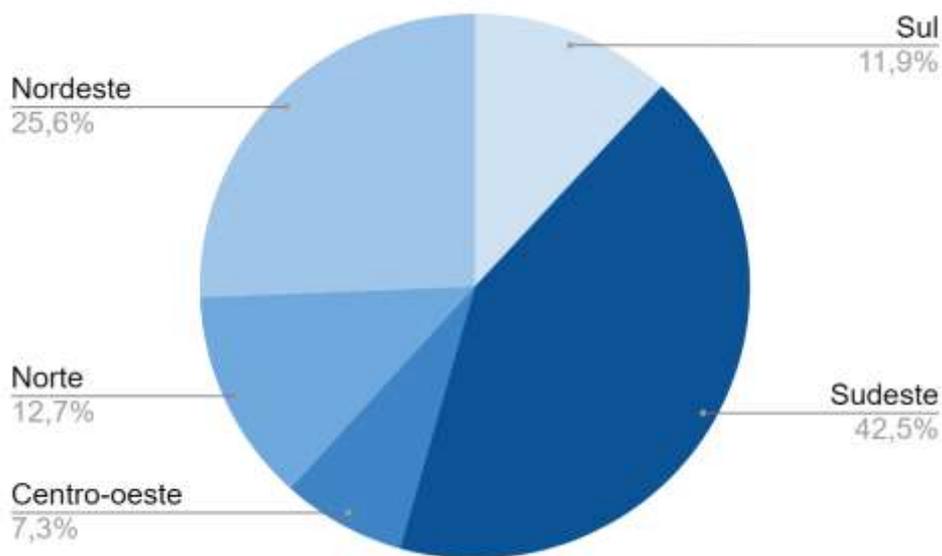
Além disso, foi realizada uma busca bibliográfica com o intuito de evidenciar os achados científicos acerca desse tema por meio das bases de dados SciELO, PubMed e MedLine, com o uso dos Descritores em Saúde (DECS) *placenta prévia*, *Brasil* e *assistência à saúde* e seus equivalentes na língua inglesa. Foram selecionados aqueles estudos considerados relevantes para essa pesquisa que possibilitassem contribuir para uma melhor análise dos dados obtidos.

3 RESULTADOS

Em relação à distribuição da placenta prévia nas regiões brasileiras e tendo em mente a disposição geográfica e populacional entre as mesmas, é justificável o elevado percentual na região Sudeste, que se destacou dentre as outras com 42,9% do total de PP em todo o Brasil, seguida da Nordeste, que apresentou uma parcela de 25,6% de incidência da placenta prévia (Gráfico 1).

De acordo com o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), durante o período de análise dessa pesquisa e dentre 10.770 casos em todo o Brasil, o Sudeste apontou um total de 4.584 condições de PP, seguido das regiões Nordeste com 2.754, da Norte com a presença de 1.364, da Sul com 1.280 e da região Centro-Oeste com menor incidência por meio de um total de 788 ocorrências de placenta prévia notificados pelo sistema. Além disso, o perfil dessas mulheres envolvia a faixa etária entre 20 e 39 anos, que corresponde a 81,5% da população avaliada.

Gráfico 1 - Distribuição da placenta prévia, de acordo com a região de notificação

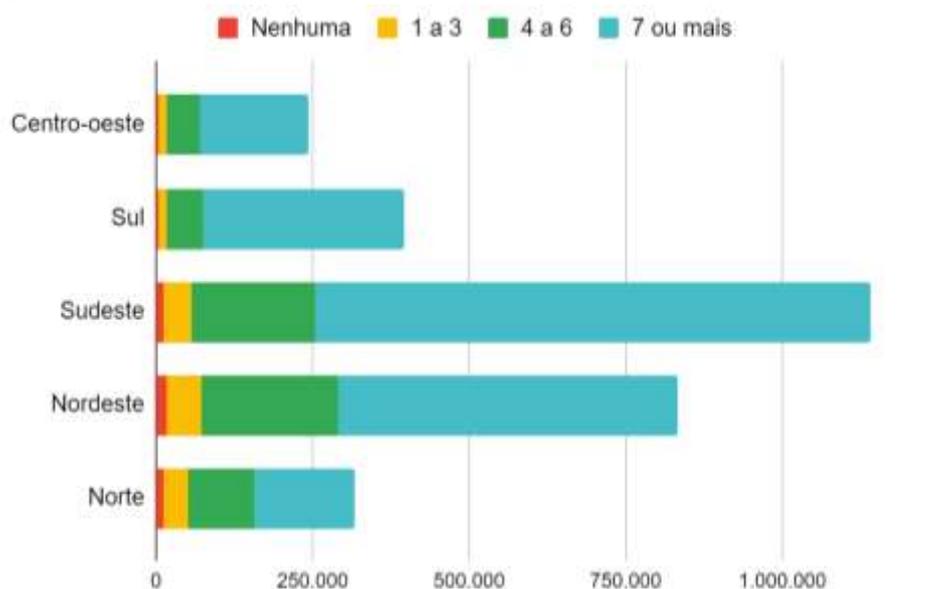


Fonte: autoria própria.

Os óbitos registrados no Sudeste, dentre aquelas mulheres com condição de placenta prévia, tiveram um resultado de 0,2%, uma taxa três vezes menor quando comparado àquela mensurada no Norte, com um percentual de 0,6%, apesar do maior quantitativo de ocorrências na primeira região.

Quando observado a assistência da atenção à saúde da mulher, a região Norte, novamente, se destaca por apresentar o menor número de consultas médicas com um valor de 2,27 por habitante, além de 0,9 médicos por habitante, quantidades distintas e inferiores quando comparadas às outras localidades. Tratando-se dos profissionais da saúde, há um contraste do Norte com outras regiões de maiores condições socioeconômicas, visto que conta com 18 mil profissionais para uma população que totaliza 17 milhões de cidadãos, enquanto o Centro-Oeste, por exemplo, possui uma população de 14 milhões de habitantes e 20 mil enfermeiros prestando serviço, indicando mais um déficit de assistência dessa localidade. Isso reflete também sobre o menor número de consultas do pré-natal e pode tornar-se um fator preditor à ocorrência de PP por acompanhamento e/ou suporte insuficiente à paciente, como observado no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição das consultas do pré-natal, de acordo com a região de notificação



Fonte: autoria própria.

A gestante que se encontra no Sudeste, por possuir um maior acesso à assistência, também promove maiores gastos ao serviço de saúde, seja ele privado ou o próprio SUS, no qual, entre agosto de 2018 e agosto de 2019, essa região consumiu o equivalente a 2,5 milhões de reais, aproximadamente três vezes mais do que o Norte que possui um gasto de 721 mil reais (Gráfico 3). O tempo médio de permanência no

ambiente hospitalar é superior nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, ambas com um valor de 3,7 dias quando comparados à permanência do Nordeste e do Norte, com 3,2 e 2,8, respectivamente.

Gráfico 3- Distribuição de valores totais com serviços hospitalares da placenta prévia, de acordo com a região de notificação



Fonte: autoria própria.

4 DISCUSSÃO

A PP é considerada uma complicação obstétrica rara, visto que sua incidência é de apenas 0,3 a 2%. É mais frequentemente observada em mulheres com parto cesariano anterior, multíparas, de idade materna avançada e com histórico de placenta prévia (MARTINELLI *et al.*, 2018).

De acordo com a Federação Brasileira de Hospitais (2019), o Sudeste possui a maior concentração de hospitais privados, com cerca de 1.786, além de um elevado contingente de beneficiários de planos de saúde. Em contrapartida, outras localidades não possuem a mesma assistência, visto que a região Nordeste possui um total de 938 hospitais particulares, enquanto a região Norte, apenas 218. Dentre estas regiões menos favorecidas em relação às condições socioeconômicas, o Nordeste, por exemplo, apesar de expor o segundo maior gasto em serviços hospitalares, apresentou um dos

menores tempos médios de internação, evidenciando, assim, uma melhoria apesar do déficit assistencial hospitalar.

A sua incidência no Sudeste do Brasil é bastante evidenciada, e isso pode ser justificado por ser uma região mais populosa do que as demais. Além de fatores adversos que podem interferir diretamente nesses valores, um fator a ser considerado é o diagnóstico tardio e a deficiência de ações preventivas em relação à placenta prévia.

O aparelho de ultrassonografia é o principal instrumento no processo de diagnóstico da PP, entretanto as regiões Norte e Nordeste são as que menos investem nesses mecanismos, com um quantitativo de 9.66 e 11.72, respectivamente. Um outro dado estatístico que confirma essa carência assistencial indica que, dentre os 10 mil registros de internações por urgência, apenas cerca de 300 foram encaminhados pela atenção básica.

Segundo Dias (2015), o acompanhamento pré-natal é necessário e relevante desde as primeiras semanas de gestação, pois apresenta o papel de proporcionar a identificação precoce de agravos que possam intervir no desenvolvimento fetal e diminuir a ocorrência de óbitos materno e fetal, o que, de fato, é algo importante para o diagnóstico da PP, visto que manifesta-se, geralmente, por uma hemorragia assintomática (RCoOaG, 2011), e esse acompanhamento, sendo evidenciado, minimiza casos de urgência e óbitos por PP.

Durante o processo de acompanhamento da mulher, estudos nacionais observaram falhas no desenvolvimento do pré-natal, entre elas, a dificuldade ao acesso, início tardio, número de consultas insuficientes e realização inadequada dos procedimentos prescritos, acarretando em um prejuízo no atendimento, com uma baixa qualidade e efetividade (ELAINE *et al.*, 2014).

Após a identificação desses problemas iniciais, foi constatado que existe uma falta de vínculo entre os profissionais de diferentes serviços que prestam à assistência pré natal e ao parto. Sendo assim, as grávidas precisam ir em busca de vaga para internação no momento do trabalho de parto, trazendo riscos para a saúde materna e fetal, resultando ainda em uma predisposição à maiores taxas de óbitos maternos, como observado na pesquisa com um foco nos números das regiões Norte e Nordeste. (ELAINE *et al.*, 2014).

5 CONCLUSÃO

A placenta prévia é uma condição que demanda bastante atenção da gestante e do serviço de saúde. Nesse estudo, foi possível evidenciar o déficit assistencial da região Norte do Brasil quando comparada às demais localidades, levando em consideração as dificuldades na prevenção da PP, baixos valores de investimentos no serviço de saúde e uma alta taxa de mortalidade nas gestantes dessa região. Logo, torna-se saliente frisar a importância do acompanhamento correto no pré-natal e das ações preventivas sobre a PP para minimizar esse preocupante quadro de incidência da placenta prévia no Brasil.

6 REFERÊNCIAS

BURTON, G. J.; JAUNIAUX, E. What is the placenta? **Am J Obstet Gynecol**, v.1, n.4, 2015

DIAS, E. G., *et al.* Percepção das gestantes quanto a importância das ações educativas promovida pelo enfermeiro no pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 3, n. 3, 2015.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS (FBH). **Cenário dos hospitais no Brasil**. 2018.

MARTINELLI, K. G. *et al.* Idade materna avançada e sua associação com placenta prévia e descolamento placentário: uma metanálise. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018.

NELSON, D. M. How the placenta affects your life, from womb to tomb. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 213, n. 4, 2015.

PEREIRA, M. I. B. A.; CAMPOS, D. A. Placenta prévia - classificação e orientação terapêutica. **Acta Obstet Ginecol Port**, v. 7, n. 2, p. 125-130, 2013.

RCoOaG (RCOG). **Placenta praevia, placenta praevia accreta and vasa praevia: diagnosis and management**. Guideline No 27. London: RCOG; 2011

REZENDE, J. FILHO JR. **O parto: conceitos, generalidades, introdução ao estudo**. Rezende J, *Obstetrícia* 10^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2005.

VIELLAS, E. F.; *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 30, p. 85-100, 2014.

ANÁLISE DOS REGISTROS RELACIONADOS AOS CASOS DE HIPÓXIA INTRAUTERINA E ASFIXIA AO NASCER NO ESTADO DA PARAÍBA, ENTRE O PERÍODO DE 2015 A 2019

Giovanna Pimentel Oliveira Silva

UNIT – Universidade Tiradentes, Bloco E/F giovannapimentel96@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5716282919001760>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4981-8466>.

Alice Barbosa Nascimento

UNIT – Universidade Tiradentes, Bloco E/F alicebnasc@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6199499155949015>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7373-5954>.

Hayanna Candida Carvalho De Souza UNIT – Universidade Tiradentes, Bloco E/F hayannaccs@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0463921141981414>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0156-5084>.

Ketlen Natany Goes Xavier

UNIT – Universidade Tiradentes, Bloco E/F ketlen23_pa@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2562884109024124>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4123-8344h>.

Roberta Visniewski Ximenes

UNIT – Universidade Tiradentes, Bloco E/F robertaximenes2000@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9311903031348638>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0189-5398>.

Mundialmente, a mortalidade infantil é maior no período neonatal e a asfixia ao nascer é uma das principais causas. Devido às mais diversas etiologias, um quadro de hipóxia intrauterina leva à diminuição da oferta de oxigênio gerando a asfixia perinatal e pode ocasionar futuras sequelas na criança ou até suscitar a morte. O objetivo deste estudo foi definir a epidemiologia dos casos relacionados à hipóxia intrauterina e à asfixia ao nascer na Paraíba, entre o período de 2015 a 2019. Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando-se de dados do DATASUS referentes ao perfil epidemiológico dos registros por hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer, de 2015 até 2019, na Paraíba. Observou-se que dentre os 9 Estados nordestinos, a Paraíba foi o oitavo em número de casos de internação por hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer (189), 1,91% do total de casos. Além disso, o Estado, dentre todos do Nordeste, foi o com menor número de óbitos, apresentando 27 mortes, 1,91%. Uma vez que a maioria destes casos é evitável, é necessário haver infraestrutura, além de investimento na assistência às gestantes e aos recém-nascidos com equipe qualificada capaz de oferecer atendimento adequado e em tempo hábil.

Palavras-chave: asfixia perinatal, hipóxia intrauterina, Paraíba.

Worldwide, infant mortality is higher in the neonatal period and asphyxia at birth is one of the main causes. Due to a diversity of etiologies, an intrauterine hypoxia picture leads to a decrease in oxygen supply resulting in perinatal asphyxia and may cause future sequels in the child or even death. The objective of this study was to define the epidemiology of cases related to intrauterine hypoxia and asphyxia at birth in Paraíba, from the period of 2015 to 2019. It is a cross-sectional, retrospective study, with a quantitative approach, using data from DATASUS regarding the epidemiological profile of records for intrauterine hypoxia and asphyxia at birth, from 2015 to 2019, in Paraíba. It was observed that among the 9 northeastern states, Paraíba was the eighth in number of hospitalization cases for intrauterine hypoxia and asphyxia at birth (189), 1.91% of the total cases. In addition, the state, among all those in the Northeast, had the lowest number of deaths, with 27 deaths, 1.91%. Since most of these cases are avoidable, it is necessary to have infrastructure, in addition to investment in the care of pregnant women and newborns with qualified staff capable of providing adequate and timely care.

Keywords: perinatal asphyxia, intrauterine hypoxia, Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

A asfixia perinatal é definida por privação de oxigênio e falta de perfusão no período perinatal, desenvolvendo a encefalopatia hipóxico-isquêmica e sequelas graves como, retardo mental, epilepsia, deficiência visual cerebral e paralisia cerebral (ALBRECHT *et al.*, 2019). A persistência do mecanismo, de forma prolongada e intensa, leva à exaustão de energia em tecidos dependentes unicamente do metabolismo aeróbio, como o sistema nervoso central (NUÑEZ *et al.*, 2017).

Anualmente, cerca de 4 milhões de recém-nascidos no mundo manifestam asfixia, e destes, 1 milhão evoluem com sequelas preocupantes e o mesmo número vai a óbito (FERNANDES *et al.*, 2017). Sua incidência, atinge até 10 casos por 1000 nascidos vivos nos países com baixa taxa de desenvolvimento (POPESCU *et al.*, 2019), sendo que nestes países a asfixia perinatal também é responsável por 23% das mortes neonatais (GEBREHEAT *et al.*, 2018).

Do total de recém-nascidos que evoluem com asfixia durante o parto ou em um curto período próximo a ele, 25% têm déficits neurológicos inalteráveis e 15% a 20% morrem no período neonatal (RIESGO-PRENDES, del *et al.*, 2017). Além disso, sabe-se que a taxa de mortalidade é um indicador crucial de qualidade de vida populacional, visto que a morte neonatal é um grave problema em termos de saúde pública, sendo em sua maioria evitáveis. (BUGES *et al.*, 2020).

A hipóxia intrauterina é um grande desafio obstétrico que contribui para complicações do neurodesenvolvimento, natimortos, crescimento intrauterino restrito e efeitos cardiovasculares e metabólicos de longo prazo na saúde (SEIKKU; 2020). Tendo em vista o seu papel fisiológico relevante no desenvolvimento fetal, a hipóxia está envolvida em diversos processos embrionários, como a hematopoiese, placentação e angiogênese (FAJERSZTAJN; VERAS, 2017).

Um grande problema ligado à asfixia perinatal é o fato de que deve-se levar em consideração que os óbitos são apenas uma parcela e que existe uma fração dos pacientes acometidos pela hipóxia na gestação, no parto ou nos primeiros minutos de vida que sobrevivem, mas que vão apresentar sequelas do processo asfíxico. Essas sequelas, principalmente as neurológicas, geram comprometimento no

desenvolvimento e na aquisição de habilidades para a transformação da criança em um futuro adulto produtivo (GUINSBURG; ALMEIDA, 2008).

Nessa perspectiva insere-se a atual investigação, que descreveu as características epidemiológicas associados à asfixia perinatal e hipóxia intrauterina de acordo com o Estado da Paraíba comparando com os demais estados do Nordeste, no período de 2015 a 2019.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, cujos dados foram obtidos por meio de consulta à base de dados registrados no TABNET e disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no endereço eletrônico (<http://www.datasus.gov.br>), que foi acessado em 07/08/2020, 08/08/2020 e 12/08/2020.

A população do estudo foi constituída por todos os casos de hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer diagnosticados e registrados no período de 2015 até 2019 no Estado da Paraíba.

Para evitar erros de retardo de notificação, optou-se por analisar os dados disponíveis até 2019, último ano em que constavam os dados completos.

A partir dos dados obtidos no DATASUS, foram construídas novas tabelas, por meio do programa Microsoft Office 2016. Foram utilizadas as variáveis de Internação por ano de processamento segundo região do país, Internação por ano de processamento segundo unidade da federação, Internações por faixa etária segundo região, Internações por faixa etária segundo unidade da federação, Casos registrados por ano de processamento segundo região e unidade de federação, Óbitos registrados por ano de processamento segundo região e unidade de federação, Óbitos por faixa etária segundo região e unidade da federação, Óbitos por faixa etária segundo sexo, Internações por unidades da federação segundo caráter de atendimento e Óbitos por unidade da federação segundo regime.

Por se tratar de um banco de dados de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS

Pode-se verificar neste estudo que o Nordeste foi a 2^a região com maior número de casos de internação por hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer (9.865), equivalente a 31,21% (**Tabela 1**). Dentre os 9 Estados nordestinos, a Paraíba foi o oitavo em número de casos de internação por hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer (189), 1,91% do total de casos, representando o segundo menor índice da região (**Tabela 2**).

Observou-se que o ano de 2015 foi o que teve maior número de registros (46) na Paraíba (**Tabela 2**), sendo contabilizadas 188 internações em crianças menores de 1 ano no período (**Tabela 3**). Além disso, notou-se que no Estado, dentre todos do Nordeste, foi o com menor número de óbitos, apresentando 27 mortes, 1,91% (**Tabela 4**). Ademais, foram registrados 27 óbitos em crianças menores de 1 ano e se notou leve predominância do sexo masculino (14), 51,85% (**Tabela 5**).

Outrossim, percebeu-se maior número de óbitos no regime público (5 casos) em crianças menores de 1 ano em comparação ao regime privado (sem casos registrados) (**Tabela 6**). Já o caráter de atendimento predominante foi o de urgência (187 casos) equivalente a 98,94% do total de atendimentos (**Tabela 7**).

Tabela 1 – internações por ano, segundo região. Aracaju, 2020.

Região	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Total	6398	6487	6382	6205	6136	31608
Norte	475	447	567	543	572	2604
Nordeste	2056	1944	1845	1911	2109	9865
Sudeste	2645	2764	2751	2532	2330	13022
Sul	763	904	739	698	616	3720
Centro-Oeste	459	428	480	521	509	2397

Fonte: Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def> acessado em 07/08/2020

Tabela 2 – internações por ano, segundo Unidade da Federação da região Nordeste. Aracaju, 2020.

<i>Região/ Federação</i>	<i>Unidade da</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>Total</i>
Região Nordeste		2056	1944	1845	1911	2109	9865
Maranhão		282	231	159	143	156	971
Piauí		121	136	98	132	91	578
Ceará		436	416	420	438	402	2112
Rio Grande do Norte		34	27	35	34	21	151
Paraíba		46	34	41	28	40	189
Pernambuco		394	327	388	371	681	2161
Alagoas		95	132	119	148	102	596
Sergipe		144	148	135	117	125	669
Bahia		504	493	450	500	491	2438

Fonte: Disponível em [http:// tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def) acessado em 07/08/2020

Tabela 3 – internações por faixa etária na Paraíba. Aracaju, 2020.

<i>Unidade da Federação</i>	<i>Menor 1 ano</i>	<i>30 a 39 anos</i>	<i>Total</i>
Paraíba	188	1	189

Fonte: Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def> acessado em 07/08/2020

Tabela 4 – óbitos por ano, segundo Unidade da Federação da região Nordeste. Aracaju, 2020.

<i>Região/ Federação</i>	<i>Unidade da</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>Total</i>
Região Nordeste		295	316	303	228	272	1414
Maranhão		41	38	25	14	15	133
Piauí		16	10	11	19	8	64
Ceará		53	45	49	31	42	220
Rio Grande do Norte		4	7	10	8	3	32
Paraíba		6	5	4	7	5	27
Pernambuco		77	69	45	41	55	287
Alagoas		14	24	20	12	17	87
Sergipe		29	31	30	22	35	147
Bahia		55	87	109	74	92	417

Fonte: Disponível em [http:// tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def) acessado em 07/08/2020

Tabela 5 – óbitos por faixa etária, segundo sexo na Paraíba. Aracaju, 2020.

<i>Sexo</i>	<i>Menor 1 ano</i>	<i>Total</i>
Total	27	27
Masculino	14	14
Feminino	13	13

Fonte: Disponível em [http:// tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def) acessado em 07/08/2020

Tabela 6 – óbitos por Unidade da Federação da região Nordeste, segundo regime, em menores de 1 ano. Aracaju, 2020.

<i>Regime</i>	<i>Público</i>	<i>Privado</i>	<i>Ignorado</i>	<i>Total</i>
Total	178	69	1165	1412
Maranhão	34	-	99	133
Piauí	11	4	49	64
Ceará	25	21	172	218
Rio Grande do Norte	3	-	29	32
Paraíba	5	-	22	27
Pernambuco	57	9	221	287
Alagoas	3	7	77	87
Sergipe	11	13	123	147
Bahia	29	15	373	417

Fonte: Disponível em [http:// tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def) acessado em 07/08/2020

Tabela 7 – Internações por Unidade da Federação da região Nordeste, segundo caráter de atendimento. Aracaju, 2020.

<i>Caráter de atendimento</i>	<i>Eletivo</i>	<i>Urgência</i>	<i>Total</i>
Total	230	9635	9865
Maranhão	129	842	971
Piauí	-	578	578
Ceará	25	2087	2112
Rio Grande do Norte	1	150	151
Paraíba	2	187	189
Pernambuco	14	2147	2161
Alagoas	2	594	596
Sergipe	51	618	669
Bahia	6	2432	2438

Fonte: Disponível em [http:// tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def) acessado em 07/08/2020

4 DISCUSSÃO

Neste estudo, optou-se por consultar o sistema do DATASUS, por ser de fácil acesso, rápido e eficiente para a obtenção de dados e informação em saúde e que está ao alcance de qualquer pesquisador, gestor ou profissional. No entanto, é uma base de dados ainda pouco analisada e utilizada como ferramenta para ações de saúde.

A asfixia perinatal aparece como uma das principais causas de mortalidade neonatal precoce em centros isolados no Brasil variando sua incidência de acordo com os critérios que são utilizados. Entretanto, é preciso conhecer o perfil epidemiológico dos óbitos a nível populacional e regional para que políticas públicas possam ser

implementadas de forma efetiva a fim de reduzir a mortalidade neonatal por asfixia (DARIPA *et al.*, 2013)

No Brasil, 40% dos óbitos neonatais precoces são causados por asfixia perinatal, em neonatos nascidos com 2500g ou mais e sem malformações congênitas. Essa elevada taxa representa má qualidade na assistência à gestante e ao recém-nascido durante o período periparto, uma vez que se sabe que a asfixia perinatal pode ser facilmente prevenida através de diagnóstico e tratamento precoces (DARIPA *et al.*, 2013).

Levantamentos mostram que o Sul e Sudeste, regiões mais ricas, possuem melhores indicadores que as regiões Norte e Nordeste (THE WORLD BANK 2015), e estudo realizado com todos neonatos com peso ao nascer ≥ 2.500 g e sem malformações que morreram até seis dias após o nascimento por asfixia perinatal em 27 unidades federativas brasileiras no período de 2005 a 2010 constatou que apesar de neste período ter havido uma redução nos índices de mortalidade em todas as regiões do país, as regiões Norte e Nordeste do Brasil mostraram a maior taxa de óbitos, sendo que maioria desses óbitos ocorreu no primeiro dia de vida, tendo a asfixia perinatal como uma de suas principais causas (ALMEIDA *et al.*, 2017).

No presente estudo, apesar de o Estado da Paraíba ter verificado uma baixa taxa de registro de casos e de óbitos, a região Nordeste destacou-se com altos números e por isso é importante destacar que as diferenças regionais que o Brasil apresenta são muito grandes, principalmente quando são levados em consideração indicadores como mortalidade infantil, nutrição e saúde. Deve-se destacar que neste estudo a maioria dos óbitos, tanto na Paraíba quanto em toda região Nordeste, também foram maiores na faixa etária menor de um ano.

Observou-se ainda maior prevalência de casos no sexo masculino, o que também foi verificado em outros trabalhos (MANANDHAR; BASNET, 2019; DARIPA *et al.*, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2017).

O estudo mostrou que a maior parte dos óbitos ocorreu no sistema público de saúde quando comparado ao privado. No entanto, há relatos que hospitais públicos que oferecem unidades neonatais intensiva e intermediária possuem melhores resultados quando comparados com as instituições privadas que tenham convênio com o SUS, quanto ao risco de morte (GOMES; CARVALHO; PORTELA, 2017).

Quanto à análise do caráter de atendimento a essas gestantes, o de urgência prevaleceu sobre o caráter eletivo. No que concerne a este aspecto, é importante salientar que o atendimento às parturientes por profissionais de saúde capacitados pode reduzir de 20% a 30% as taxas de mortalidade neonatal e o emprego de técnicas de reanimação neonatal preconizadas por grupos internacionais pode reduzir em até 45% das mortes neonatais por asfixia (DARMSTADT *et al.*, 2005).

Um sombrio painel de mortalidade neonatal foi desenhado ao longo dos anos não apenas no Brasil, mas em todo o mundo. Até 2003, mais de 10 milhões de crianças estavam morrendo por ano, e quase todas elas pertenciam a países pobres ou às áreas pobres dos países desenvolvidos (JONES *et al.*, 2003). O acesso precário à saúde, sistemas de qualidade duvidosa e disparidade econômica geram consequências dramáticas na saúde neonatal (NGOC *et al.*, 2006).

A utilização de dados secundários apresenta inúmeras vantagens, no entanto, existem muitas dificuldades em se atribuir os óbitos perinatais à asfixia, pois não existe um padrão-ouro que defina o processo hipóxico-isquêmico (GUINSBURG; ALMEIDA, 2008), o que dificulta o conhecimento do verdadeiro panorama da asfixia neonatal e hipóxia intrauterina no Brasil.

Em relação às limitações do presente estudo, constata-se que o uso de dados secundários não viabiliza ao pesquisador controlar erros que possam acontecer devido à digitação e registros, além de possíveis subnotificações. Contudo, por se tratar de dados nacionais oficiais, os seus resultados permitiram o alcance dos objetivos propostos.

5 CONCLUSÃO

Pode-se notar um alto número de casos de hipóxia intrauterina e asfixia perinatal no Nordeste, considerando que ela ainda é a 2^a região brasileira com maior número de registros. Entretanto, observou-se que esses índices são menores em regiões mais desenvolvidas no Brasil, mostrando ainda uma grande deficiência de investimentos públicos na região nordestina atualmente.

O estudo revelou que a Paraíba foi o 8^o Estado nordestino com maior número de casos de internação por hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer, todavia, foi ao

mesmo tempo o que teve menor número de óbitos. Além disso, dentro do período de 2015 a 2019, 2015 foi o ano em que a Paraíba teve o maior número de registros. Mostrou-se também uma discreta prevalência do número de casos no sexo masculino. Ademais, notou-se que o número de mortos foi maior no regime público em comparação ao privado e que o caráter de atendimento predominante foi o urgente.

Os processos asfíxicos, que contribuem com mais de 20% das mortes neonatais precoces, é um marcador de desenvolvimento, não só no Brasil, mas em todo o mundo. E para que sejam reduzidas as taxas de mortalidade neonatal e os índices de morbidade, faz-se necessário diminuir as desigualdades sociais para que se possa melhorar a assistência à gestante e ao recém-nascido durante o período periparto, favorecendo um acesso universal à saúde de qualidade. Além disso, é fundamental que seja aprimorado o olhar do profissional de saúde no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento precoces de causas possivelmente evitáveis de hipóxia e asfixia perinatal e oferecer o cuidado necessário ao binômio mãe-filho.

6 REFERÊNCIAS

RIESGO-PRENDES, L. D. *et al.* **Hipoxia perinatal en el Hospital Mederi de Bogotá:** comportamiento en los años 2007 a 2011. *Revista de Salud Pública*, v. 19, n. 3, p. 332-339. Mai. 2019.

ALBRECHT, M. *et al.* **Neuroprotective strategies following perinatal hypoxia-ischemia:** Taking aim at NOS. *Free Radical Biology & Medicina*, v.142, p. 123-131. Fev. 2019.

NUÑEZ, A. *et al.* **Estrés oxidativo en la asfixia perinatal y la encefalopatía hipóxico-isquémica.** *Anales de pediatría*, v. 88, n. 4, p. 228.e1-228.e9. abr. 2018.

FAJERSZTAJN, Lais; VERAS, Mariana Matera. Hypoxia: From Placental Development to Fetal Programming. **Birth Defects Research: Special Issue: Hypoxia, Placental Stress, and Adverse Fetal Development Outcomes**, v. 109, n. 17, p. 1377-1385. Nov. 2017.

SEIKKU, Laura. **Biomarkers of intrauterine hypoxia and perinatal asphyxia, and gestational age as predictors of neonatal outcome.** 2020. 119 f. Dissertação (dissertação acadêmica) - Department of Obstetrics and Gynecology, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Helsinki, 2020.

GEBREHEAT, G. *et al.* **Prevalence and Associated Factors of Perinatal Asphyxia among Neonates in General Hospital of Tigray.** *BioMed Research*

Internationa. v. 2018, nov./2018. Disponível em <<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2018/5351010/>>. Acesso em: 19 set. 2020.

POPESCU, M. R. *et al.* **Getting an Early Start in Understanding Perinatal Asphyxia Impact on the Cardiovascular System.** *Frontiers in Pediatrics*, v. 8, n. 68. fev.2020.

Disponível em <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2020.00068/full>>. Acesso em: 19 set. 2020.

MELO, M.C.B.; FERREIRA, A.R.; VASCONCELLOS, M.C.; GRESTA, M.M.; SILVA, N.L.C.; FERRI, P.M. **Novas recomendações para o atendimento ao paciente pediátrico gravemente enfermo.** *Rev. Med. Minas Gerais. Minas Gerais*, v. 31, n. 1, p. 37-45. 2011.

DARIPA, M.; CALDAS, H.; FLORES, L.; WALDVOGEL, B.C.; GUINSBURG, R.; ALMEIDA, M.F.B. **Perinatal asphyxia associated with early neonatal mortality: populational study of avoidable deaths.** *Rev. Paul. Pediatr. São Paulo*, v. 31, n. 1, p. 37-45. Mar. 2013.

THE WORLD BANK. **Brazil: overview.** Disponível em <<http://www.worldbank.org/en/country/brazil>>. Acesso em 19 set. 2020.

ALMEIDA, M.F.B.; KAWAKAMIA, M.D.; MOREIRA, L.M.O.; SANTOS, R.M.V.; ANCHIETA, L.M.; GUINSBURG, R. **Early neonatal deaths associated with perinatal asphyxia in infants ≥ 2500 g in Brazi.** *J. Pediatr. Rio de Janeiro*, v. 93, n. 6, p. 576-584, 2017.

MANANDHAR, S.R.; BASNET, R. **Prevalence of Perinatal Asphyxia in Neonates at a Tertiary Care Hospital: A Descriptive Cross-sectional Study.** *J. Nepal Med. Assoc.* 2019.

GOMES, R.N.S.; CARVALHO FILHA, F.S.S.; PORTELA, N.L.C. **Avaliação da influência do abandono da assistência pré-natal na mortalidade fetal e neonatal.** *J. res. fundam. care.* 2017.

DARMSTADT, G.L.; BHUTTA, Z.A.; COUSENS, S.; ADAM, T.; WALKER, N.; DE BERNIS, L. **Neonatal Survival Steering Team. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?** *Lancet.* 2005.

NGOC, N.T.; MERIALDI, M.; ABDEL-ALEEM, H.; CARROLI, G.; PURWAR, M.; ZAVALETA, N. *et al.* **Causes of stillbirths and early neonatal deaths: data from 7993 pregnancies in six developing countries.** *Bull World Health Organ.* 2006.

GUINSBURG, R.; ALMEIDA, M.F.B. **Uma tragédia evitável: a morte de recém-nascidos associada à asfixia perinatal.** *Salud(i)Ciencia. Buenos Aires*, v. 16, n. 1., p. 1336-1339. Abr. 2008.

ANÁLISE ESPAÇO-TEMPORAL DA MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL

Isabelle Canuto Rabelo Barbosa

UFRN, Escola Multicampi de Ciências Médicas, isabellecanuto2014@hotmail.com,
<http://lattes.cnpq.br/6485413098337047> e <https://orcid.org/0000-0001-7505-7640>.

Jardany Miranda Souza

UFRN, Escola Multicampi de Ciências Médicas, jardanymiranda@yahoo.com.br,
<http://lattes.cnpq.br/3399844518028017> e <https://orcid.org/0000-0001-9209-358X>.

Jardel Pessoa Medeiros

UFRN, Escola Multicampi de Ciências Médicas, jardelpm@ufrn.edu.br,
<http://lattes.cnpq.br/9397874550636523> e <https://orcid.org/0000-0001-9485-3255>.

Amanda Lídia Dantas Targino

UFRN, Escola Multicampi de Ciências Médicas, amandantast@gmail.com,
<http://lattes.cnpq.br/1871792625432744> e <https://orcid.org/0000-0003-1014-3411>.

Dorothy Bezerra Linhares

UFRN, Escola Multicampi de Ciências Médicas, dorothyphb@hotmail.com,
<http://lattes.cnpq.br/3818667684598678> e <https://orcid.org/0000-0002-4318-2006>.

Lia Maristela da Silva Jacob

UFRN, Escola Multicampi de Ciências Médicas, Departamento de Enfermagem-Caicó
lia_maristela@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/6108519374402561> e <https://orcid.org/0000-0003-4168-4333>.

Objetivou-se descrever a evolução temporal da mortalidade por câncer do colo do útero, nas regiões do Brasil, no período de dez anos. Trata-se de pesquisa epidemiológica, descritiva e retrospectiva, a qual avaliou os indicadores relacionados à mortalidade por câncer do colo do útero, no período de 2008 a 2018. Os dados foram obtidos pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade e analisados, por meio da estatística descritiva. Verificou-se crescimento da mortalidade neste período, com variação global de 32,8%, e que a faixa etária entre 50 e 59 anos apresentou o maior percentual dos óbitos. Além disso, encontraram-se variações esperadas entre as regiões brasileiras, devido à heterogeneidade das localidades. Aponta-se que a mortalidade nacional relacionada ao câncer do colo do útero permanece elevada, com maior percentual de óbitos em plena idade produtiva, também variando entre as regiões brasileiras. Assim, pode-se perceber que o controle dessa neoplasia, ainda, é um desafio, demonstrando a necessidade de implementação e ampliação de políticas de prevenção, de modo a alterar os dados estatísticos atuais.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero, Registros de Mortalidade, Saúde da Mulher.

The aim of this study was to describe the temporal evolution of mortality from cervical cancer, in the regions of Brazil, over a period of ten years. This is an epidemiological, descriptive and retrospective study, evaluating indicators related to mortality from cervical cancer in the period from 2008 to 2018. The data were obtained by the Mortality Information System and analyzed using descriptive statistics. Thus, there was an increase in mortality in this period, with a global variation of 32.8%, and that the age group between 50 and 59 years presented the highest percentage of deaths. In addition, variations already found between Brazilian regions were found, due to the heterogeneity of these locations. Therefore, the present study points out that the national mortality related to cervical cancer remains high, with a higher percentage of deaths at full productive age, also varying between Brazilian regions. Thus, it can be seen that the control of this neoplasia is still a challenge, demonstrating the need to implement and expand prevention policies, in order to change the current statistical data.

Keywords: Uterine Cervical Neoplasms, Mortality Registries, Women's Health.

1 INTRODUÇÃO

O Câncer do Colo do Útero (CCU) é caracterizado como neoplasia maligna, localizada no epitélio que reveste o colo uterino, sendo oriunda de transformações intraepiteliais progressivas, as quais culminam em processo invasor (MACEDO; SILVA FILHO; MAGALHÃES, 2011). Por apresentar etapas bem definidas e longo período para evolução das lesões precursoras, o CCU apresenta, a partir de prevenção correta, diagnóstico precoce e adequado tratamento, um dos mais altos potenciais de prevenção e cura entre todos os tipos de câncer (BRASIL, 2011). No entanto, mesmo sendo caracterizado como causa de morte evitável, ainda apresenta incidência e taxa de mortalidade elevada (MENDONÇA *et al.*, 2008; INCA, 2019; 2020a).

No *ranking* das causas de câncer na população feminina mundial, o CCU se encontra na quarta posição, sendo a quarta causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (WHO, 2018). No Brasil, essa neoplasia é considerada o terceiro tipo de câncer mais incidente, sendo esperados 16.710 novos casos em 2020, com risco estimado de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2019). Além disso, é vista como a quarta causa de morte por câncer entre indivíduos do sexo feminino no País, sendo a taxa ajustada de mortalidade por este câncer de 6,1/100 mil mulheres (INCA, 2020b).

A maioria dos casos de CCU tem relação com a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) (FEDRIZZI; PONCE, 2017), infecção sexualmente transmissível mais frequente no mundo, em que a maioria da população sexualmente ativa terá contato com o agente em algum momento da vida (CDC, 2020). Porém, o HPV aparece como condição necessária, mas não como causa suficiente para o desenvolvimento, a manutenção e progressão das lesões intraepiteliais, fazendo-se necessária, além da persistência da infecção, a associação com outros fatores de risco, como o tabagismo, a baixa ingestão de vitaminas e a coinfeção por agentes infecciosos como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (CARVALHO; RODRIGUES; SANTOS, 2011).

A prevenção, por meio do exame citopatológico, é considerada a ação mais efetiva na detecção precoce do CCU (VIANA *et al.*, 2013). Ao possibilitar o rastreamento da doença em estágio inicial, proporciona às mulheres tratamento e cura em tempo adequado, o que contribui para redução das taxas de incidência e mortalidade da

doença. No entanto, não tem sido observado melhora em tais indicadores em países com baixo desenvolvimento econômico, o que reflete as dificuldades no acesso à saúde e a variação mundial da cobertura e organização dos programas de rastreamento deste tipo de neoplasia (VIANA *et al.*, 2013; GIRIANELLI; GAMARRA; SILVA, 2014).

Diante disso, ao considerar a magnitude do CCU, em termos de incidência e mortalidade, e o conseqüente impacto para saúde pública, este estudo objetivou descrever a evolução temporal da mortalidade por câncer do colo do útero, em todas as regiões do país, no período de dez anos.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo epidemiológico, de caráter descritivo e retrospectivo, que avaliou indicadores relacionados à mortalidade por CCU, no período de 2008 a 2018, tomando como base a 10^a revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). A população estudada foi o grupo de mulheres residentes no Brasil que foi a óbito por CCU, no período analisado, sendo dividida em grupos etários de 9 em 9 anos, nas diferentes regiões brasileiras.

Os dados foram obtidos pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), tendo como base a categoria C53, contida na CID-10, que se refere à neoplasia maligna do colo do útero. O SIM utiliza como fonte de informação a Declaração de Óbito, sendo útil para captação de dados sobre mortalidade, o que pode servir para orientar ações e planejamentos em saúde pública. No entanto, alguns problemas interferem na qualidade dos dados disponibilizados, como o sub-registro e o percentual de óbitos com causa mal definida (VALE *et al.*, 2016).

As variáveis consideradas foram a faixa etária e as regiões do Brasil. A partir disso, analisou-se, de maneira descritiva espacial e referente à faixa etária, a mortalidade por CCU.

Após a coleta, os dados foram tabulados com auxílio do programa *TabWin* e exportados para o *Microsoft Excel*. Visando o processamento e a análise destes, utilizou-se da estatística descritiva e realizaram-se os cálculos das frequências, que permitiram descrever os fenômenos, sendo os resultados organizados por meio de tabelas e gráficos.

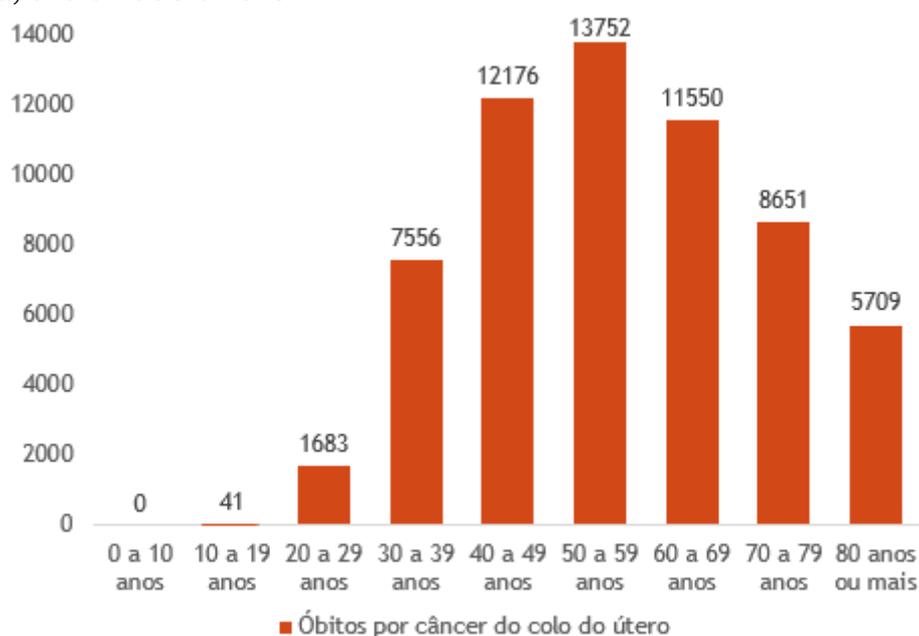
3 RESULTADOS

Ao considerar o período de 2008 a 2018, o total de óbitos por câncer do colo do útero foi de 61.126 casos, relatados a partir dos 10 anos de idade. Além disso, observou-se crescimento do número absoluto de mortes no período estudado. Em 2008, registraram-se 4.928 óbitos, número que aumentou para 6.549 óbitos em 2018, o que representa variação global de 32,8%.

Com relação às variações anuais, o maior aumento foi de 9,1% entre 2016 e 2017, mantendo-se constância nos demais anos, com elevação entre 1,9% e 3,5%, com exceção das variações entre 2009-2010, 2013-2014 e 2014-2015, as quais foram de -1,3%, 0,2% e 5,2%, respectivamente.

Com relação à faixa etária, observou-se que o maior número de óbitos ocorreu entre 50 e 59 anos. Além disso, identificou-se, também, que 57,5% do número absoluto de mortes no período estudado esteve associado a mulheres com menos de 60 anos (Figura 1). Este resultado demonstra que a maior parte dos óbitos por CCU no Brasil ocorre em plena idade produtiva.

Figura 1 – Gráfico referente à porcentagem de óbitos por câncer de colo do útero, por faixa etária, entre 2008 e 2018.



Fonte: SIM/DATASUS, 2020.

Quanto à variação temporal relacionada à faixa etária (Tabela 1), constatou-se aumento em todas as categorias, com exceção daquele referente às idades entre zero e nove anos, em que não houve alteração no número de óbitos. A maior variação ocorreu entre 30 e 39 anos, correspondendo a 61,6%, em contrapartida, essa faixa de idade apresentou um dos menores números de óbitos, ou seja, 12,3% do total (Figura 1). Além disso, observou-se que o número de óbitos relacionado a mulheres ≥ 80 anos apresentou variação significativa, sendo de 49,5%.

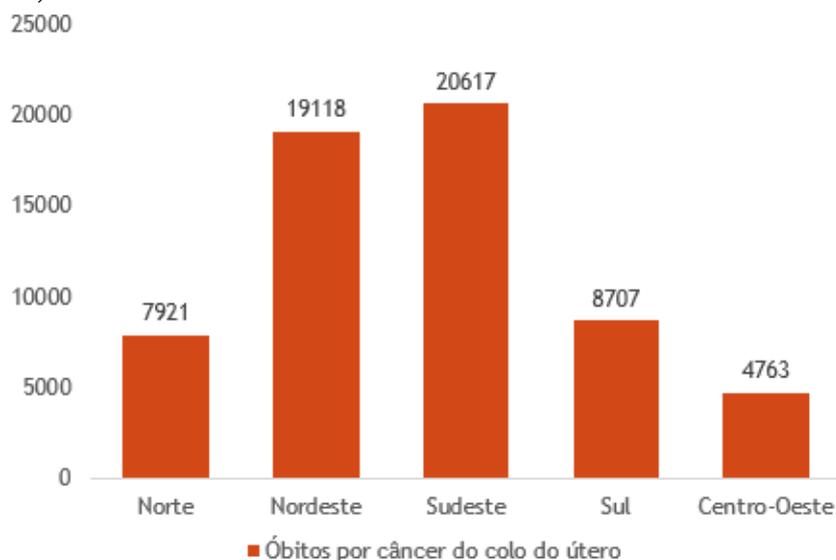
Tabela 1 – Evolução temporal por faixa etária dos óbitos por câncer de colo do útero entre 2008 e 2018.

Faixa etária (anos)	Anos										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
0 - 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 - 19	2	3	1	4	5	5	5	1	5	7	3
20 - 29	123	138	146	150	170	155	148	158	163	173	159
30 - 39	561	542	588	593	625	647	712	758	771	852	907
40 - 49	1.072	1.034	1.043	1.063	1.096	1.078	1.030	1.101	1.174	1.267	1.218
50 - 59	1.096	1.235	1.175	1.186	1.161	1.260	1.219	1.286	1.326	1.379	1.429
60 - 69	914	928	932	985	1.006	1.018	1.090	1.122	1.067	1.224	1.264
70 - 79	720	737	700	747	755	800	753	803	822	903	911
≥ 80	440	477	445	481	497	502	521	534	545	609	658

Fonte: SIM/DATASUS, 2020.

A análise espacial descritiva realizada neste estudo identificou maior porcentagem de óbitos por CCU na Região Sudeste, equivalente a 33,7% do total. Em contrapartida, a Região Centro-oeste apresentou o menor número absoluto de mortes no período estudado, 7,79% do total (Figura 2).

Figura 2 – Gráfico referente à porcentagem de óbitos por câncer de colo do útero, por região do Brasil, entre 2008 e 2018.



Fonte: SIM/DATASUS, 2020.

Com base na variação temporal relacionada à faixa etária (Tabela 2), identificou-se aumento em todas as regiões brasileiras, no entanto, as Regiões Norte e Centro-oeste, mesmo estando associadas às menores porcentagens de óbitos por CCU, apresentaram as maiores variações, 58,1% e 49,0%, respectivamente. Além disso, embora a Região Sudeste esteja associada à maior parte do número absoluto de mortes no período estudado, a variação foi a menor dentre as regiões analisadas, 18,4%.

Tabela 2 – Evolução temporal por região do país dos óbitos por câncer de colo do útero entre 2008 e 2018.

Regiões do país	Anos										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Norte	559	593	581	639	682	736	765	788	808	886	884
Nordeste	1.495	1.609	1.509	1.639	1.706	1.705	1.771	1.789	1.816	2.068	2.011
Sudeste	1.782	1.791	1.845	1.821	1.785	1.850	1.785	1.905	1.874	2.069	2.110
Sul	723	705	679	725	750	763	734	802	899	933	994
Centro-oeste	369	400	416	386	393	411	423	480	477	458	550

Fonte: SIM/DATASUS, 2020.

4 DISCUSSÃO

Observou-se crescimento no número de óbitos por CCU. Tal achado corrobora os resultados obtidos por Tallon *et al.* (2020), os quais, ao avaliarem a mortalidade por

CCU, entre os anos de 2012 e 2016 no país, também encontraram aumento percentual para o número absoluto de óbitos. Esse cenário decorre do fato de que essa neoplasia ainda é frequente em países de média e baixa renda (GIRIANELLI; GAMARRA; SILVA, 2014; VALE *et al.*, 2016).

Certamente, há fatores que contribuem para o cenário identificado pelo presente estudo. Dentre estes, cita-se a cobertura do exame citopatológico que, apesar da melhora, ainda é considerada insuficiente para reduzir a mortalidade por CCU no país (MENDONÇA *et al.*, 2008). Inquérito realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), mostrou que a cobertura do exame foi de 68,7% em mulheres com mais de 24 anos de idade (IBGE, 2005). Esses percentuais levantados são inferiores à cobertura mínima necessária de 80%, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para que seja causado impacto nos indicadores de morbimortalidade e na redução da incidência do CCU, em 60% a 90% (WHO, 1998; SILVEIRA; MAIA; CARVALHO, 2018).

Além da insatisfatória cobertura nacional, a qualidade dos exames citopatológicos é identificada como outro fator. O INCA, em 2005, identificou que apenas seis estados brasileiros e o Distrito Federal apresentaram 100% dos municípios com taxas de exames insatisfatórios menores que 5%, caracterizado como padrão mínimo de qualidade estabelecido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (BRASIL, 2006). Além disso, destaca-se o baixo desempenho do exame citopatológico na detecção do CCU e das lesões precursoras de alto grau, em diferentes estudos. Pesquisas desenvolvidas em São Paulo e no Rio de Janeiro identificaram valores elevados para sensibilidade do teste, 72,8% e 71,4%, respectivamente, no entanto, estudos conduzidos em Campinas, Pernambuco, Ceará e Distrito Federal relataram valores baixos, 20,8%, 23,8%, 30,2% e 51,2%, respectivamente, o que compromete a capacidade do teste de detectar adequadamente o CCU. Em contrapartida, nessas pesquisas, a especificidade do teste ficou entre 84,9% e 99,9% (GONTIJO *et al.*, 2004; RIOS, 2004; VERAS *et al.*, 2004; CORDEIRO *et al.*, 2005; LONGATTO FILHO *et al.*, 2005; GIRIANELLI *et al.*, 2006).

Terceiro aspecto se refere ao estadiamento avançado no qual as mulheres vêm recebendo o diagnóstico de CCU no país. Estudo envolvendo 89 hospitais e sete

serviços vinculados a Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) mostrou que 45,5% das mulheres, no momento do diagnóstico, apresentavam o CCU nos estádios III ou IV (THULER; MENDONÇA, 2005). Esses dados refletem problemas no acesso aos serviços de saúde, impedindo o rastreamento e o diagnóstico precoce, o que inviabiliza às mulheres a oportunidade de receber o tratamento em tempo oportuno, de modo a alcançar melhor prognóstico (BRITO-SILVA *et al.*, 2014).

Assim, a oferta inadequada dos exames, a baixa proporção de positividade e o crescimento do número de amostras insatisfatórias sugerem a carência de investimento e gerenciamento eficiente dos serviços de saúde à mulher. Essa perspectiva contribui para o cenário atual identificado, marcado pelo crescimento alarmante do número de casos e descontrole da assistência aos mesmos (BARBOSA *et al.*, 2016). Desta forma, vê-se, como prioridade para melhorar os índices de mortalidade por CCU no país, a busca pela universalidade de acesso aos serviços de saúde e o rastreamento precoce de forma eficaz.

Neste estudo, a faixa etária de 50 a 59 anos esteve relacionada ao maior percentual de óbitos, confirmando os achados de outro estudo brasileiro (TALLON *et al.*, 2020). Isso sugere que muitas mulheres podem não ter sido contempladas pelo programa de rastreio, não sendo possível, assim, detectar lesões intraepiteliais de forma precoce antes que se tornassem lesões invasivas.

Além disso, o presente estudo identificou que os óbitos de mulheres abaixo de 20 anos equivaleram a 0,06% do total. Outras pesquisas também identificaram valores baixos, o que sustenta as recomendações para evitar o rastreamento nessa faixa etária no Brasil (VALE *et al.*, 2016; FEDRIZZI; PONCE, 2017; TALLON *et al.*, 2020). Acredita-se que o CCU em mulheres mais jovens, ou seja, abaixo de 20 anos, tenha comportamento mais agressivo e que o rastreamento não seja tão efetivo neste grupo (BENARD *et al.*, 2012; INCA, 2016).

Pelkofski *et al.* (2016) compararam mulheres jovens portadoras de CCU com outras entre 26 e 35 anos, nos estados de Virgínia e Carolina do Norte, nos Estados Unidos da América, e identificaram que os desfechos de progressão e sobrevida são independentes da idade em mulheres com câncer de colo uterino antes ou até os 35 anos, não encontrando significância estatística para comprovar pior prognóstico, o que depende da histologia do tumor, do envolvimento parametrial e estadiamento.

Este estudo identificou, também, importante percentual de mortalidade para as faixas etárias abaixo de 60 anos, corroborando achados de outros estudos (MENDONÇA *et al.*, 2008; TALLON *et al.*, 2020). Logo, a maior parte dos óbitos por CCU se concentra em plena idade produtiva, o que penaliza a mulher, devido ao sofrimento físico e emocional, além de privar a sociedade do seu potencial econômico e intelectual (FONSECA; RAMACCIOTTI; ELUF NETO, 2004).

No tocante à análise descritiva espacial, identificou-se disparidade entre as regiões brasileiras, inferindo-se que as diferenças na qualidade do acesso à saúde continuam presentes no país (GIRIANELLI; GAMARRA; SILVA, 2014; FEDRIZZI; PONCE, 2017). A Região Norte, por exemplo, foi a que apresentou a maior variação entre os anos analisados. Tal resultado foi identificado por outros estudos e é coerente com as estimativas do INCA para 2020, sendo o CCU o mais incidente nessa área da nação, ultrapassando o câncer de mama (GIRIANELLI; GAMARRA; SILVA, 2014; VALE *et al.*, 2016; FEDRIZZI; PONCE, 2017; YOST, 2018; TALLON *et al.*, 2020). No entanto, o aumento da mortalidade na Região Norte pode ter como um dos motivos a melhora na qualidade da informação dos óbitos, pois as mortes por causas mal definidas apresentaram diminuição durante os anos de 2003 e 2012 (VALE *et al.*, 2016).

Ademais, as características socioeconômicas e culturais diversas do país constituem fatores que ajudam a explicar a persistência da elevada incidência do CCU e as disparidades encontradas nas diversas regiões brasileiras. A baixa condição socioeconômica vivenciada no Norte e Nordeste, por exemplo, interferem no acesso a serviços de prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento eficaz (DAMACENA; LUZ; MATTOS, 2017). Tal perspectiva, além de ser responsável pela maior variação dos óbitos referente à Região Norte, faz com que a Região Nordeste tenha o segundo maior percentual para o número absoluto de óbitos, atrás apenas do Sudeste, região com maior número de habitantes.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo constatou crescimento do número absoluto de mortes por câncer de colo do útero no período estudado. Portanto, concluiu-se que a mortalidade nacional relacionada a essa neoplasia permanece elevada, com maior percentual de

óbitos em plena idade produtiva, acometendo, principalmente, a faixa etária entre 50 e 59 anos. Ademais, encontraram-se variações esperadas entre as regiões brasileiras, devido à heterogeneidade das localidades.

Diante das discussões inerentes à mortalidade por câncer do colo do útero, no Brasil, comprovou-se que o controle dessa neoplasia ainda é um desafio, demonstrando a necessidade do planejamento de ações nas áreas educacional, social, política e econômica para implementação e ampliação de políticas de prevenção, de modo a alterar os dados estatísticos atuais.

6 REFERÊNCIAS

BARBOSA, Isabelle Ribeiro *et al.* Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 253-262, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRITO-SILVA, Keila *et al.* Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 240-248, 2014.

CARVALHO, Francieli Bezerra; RODRIGUES, Damaris Aparecida; SANTOS, Nayana Rosa. Fatores Relevantes à não Realização do Exame Papanicolau em Acadêmicas de Enfermagem da Unigran. **Rev Interbio**, v. 5, n. 2, p. 27-36, 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Sexually Transmitted Diseases (STDs). **Human Papillomavirus (HPV)**. Facts & Brochures. Genital HPV Infection - Fact Sheet. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv.htm>. Acesso em: 03 set. 2020.

CORDEIRO, Maria Rachel Aguiar *et al.* Inspeção visual do colo uterino após aplicação de ácido acético no rastreamento das neoplasias intra-epiteliais e lesões induzidas por HPV. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 2, p. 51-57, 2005.

DAMACENA, Andressa Moura; LUZ, Laércio Lima; MATTOS, Inês Echenique. Rastreamento do câncer do colo do útero em Teresina, Piauí: estudo avaliativo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, 2006-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 71-80, 2017.

FEDRIZZI, Edison Natal; PONCE, Nádia Munhoz. Coverage of pap smear and mortality from cervical cancer in Brazil from 2006 to 2014. **DST-J bras Doenças Sex Transm**, v. 29, n. 4, p. 117-124, 2017.

FONSECA, Luiz Augusto Marcondes; RAMACCIOTTI, Adriana de Souza; ELUF NETO, José. Tendência da mortalidade por câncer do útero no Município de São Paulo entre 1980 e 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 136-142, 2004.

GIRIANELLI, Vania Reis *et al.* Comparison of human papillomavirus DNA tests, liquid-based cytology and conventional cytology for the early detection of cervix uteri cancer. **European journal of cancer prevention**, v. 15, n. 6, p. 504-510, 2006.

GIRIANELLI, Vania Reis; GAMARRA, Carmen Justina; SILVA, Gulnar Azevedo. Disparities in cervical and breast cancer mortality in Brazil. **Revista de saúde pública**, v. 48, p. 459-467, 2014.

GONTIJO, Renata Clementino *et al.* Evaluation of alternative methods in cervical screening: HPV DNA detection and visual inspection. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 4, p. 269-275, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Atlas On-line da Mortalidade. **Mortalidade proporcional não ajustada por câncer, Brasil ou Região, homens, mulheres ou homens e mulheres, grupo CID e por ano ou período selecionado**. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo01/consultar.xhtml>>. Acesso em: 03 set. 2020a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Atlas On-line da Mortalidade. **Taxas de mortalidade por câncer, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira, por 100.000, segundo sexo, localidade e por período selecionado**. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo08/consultar.xhtml>. Acesso em: 03 set. 2020b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde: 2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

LONGATTO FILHO, Adhemar *et al.* DCS liquid-based system is more effective than conventional smears to diagnosis of cervical lesions: study in high-risk population with biopsy-based confirmation. **Gynecologic oncology**, v. 97, n. 2, p. 497-500, 2005.

MACEDO, Mirian Helena Hoeschl Abreu; SILVA FILHO, Agnaldo Lopes da; MAGALHÃES, Isis Maria Quezado Soares. Prevenção de câncer de colo uterino: desafios de uma década. **Comun Ciênc Saúde**, p. 121-127, 2011.

MENDONÇA, Vilma Guimarães de *et al.* Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 248-255, 2008.

PELKOFSKI, Elizabeth *et al.* Cervical cancer in women aged 35 years and younger. **Clinical Therapeutics**, v. 38, n. 3, p. 459-466, 2016.

RIOS, Salete da Silva. Lesão intra-epitelial cervical: abordagem diagnóstica com o uso da colpocitologia oncológica e colposcopia com biópsia dirigida. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 10, p. 218-218, 2004.

SILVEIRA, Bruna Letícia; MAIA, Rafaela Cristina Bandeira; CARVALHO, Mariana Ferreira Alves. Câncer do Colo do Útero: Papel do Enfermeiro na Estratégia e Saúde da Família. **Rev. Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 9, n. 1, p. 348-372, 2018.

SILVEIRA, Nara Sibério Pinho *et al.* Conhecimento, atitude e prática sobre o exame colpocitológico e sua relação com a idade feminina. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-7, 2016.

TALLON, Blenda *et al.* Tendências da mortalidade por câncer- de colo no Brasil em 5 anos (2012-2016). **Saúde em Debate**, v. 44, p. 362-371, 2020.

THULER, Luiz Claudio Santos; MENDONÇA, Gulnar Azevedo. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 11, p. 656-660, 2005.

VALE, Diama Bhadra *et al.* Disparities in time trends of cervical cancer mortality rates in Brazil. **Cancer Causes & Control**, v. 27, n. 7, p. 889-896, 2016.

VERAS, Tânia Maria *et al.* Efetividade da captura híbrida para HPV no rastreamento primário de lesões cervicais na rotina de serviços de saúde. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, v. 18, n. 1, p. 23-29, 2006.

VIANA, Magda Rogéria Pereira *et al.* Formação do enfermeiro para a prevenção do câncer de colo uterino. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 5, p. 624-630, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Manual on the prevention and control of common cancers**. WHO: Regional Publications, Western Pacific Series, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. **Global Cancer Observatory**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>.> Acesso em: 28 ago. 2020.

YOST, Samuel; HOEKSTRA, Anna. Cervical cancer in women over 65: An analysis of screening. **Gynecologic oncology reports**, v. 25, p. 48-51, 2018.

ANTROPOMETRIA E INFERTILIDADE: PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE MULHERES ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO

Larissa Jorge da Silva

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição Josué de Castro
larissajorgenutri@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/0986315783017604>, <https://orcid.org/0000-0002-1000-2646uh>

Clarissa Viana Demézio da Silva

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição Josué de Castro
clarissademezio@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/9474983791460502>, <https://orcid.org/0000-0001-6279-369X>

Infertilidade é a não concepção após um ano de sexo desprotegido e tem como causas endometriose, complicações nas etapas reprodutivas e causas desconhecidas. De acordo com a literatura, o peso e a composição corporal também podem interferir na fertilidade, e esta é a hipótese inicial deste estudo. Diante disso, o objetivo do estudo é avaliar o perfil antropométrico de mulheres atendidas no Ambulatório de Nutrição do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, encaminhadas com diagnóstico de infertilidade. Para tanto, foram aferidos estatura, peso, circunferência de cintura (CC) e calculado o índice de massa corporal (IMC) de 53 pacientes. A média de idade foi $31,04 \pm 4,53$, de CC foi $101,37 \pm 11,72$ cm e de IMC foi $34,92 \pm 5,40$ kg/m². Das pacientes, 5,66% (n=3) tinham sobrepeso, 39,62% (n=21), obesidade grau I, 33,96% (n=18), obesidade grau II e 16,98% (n=9), obesidade grau III. Observou-se que 81,13% (n=43) apresentava circunferência da cintura elevada. Tais resultados mostram que excesso de peso pode comprometer a fertilidade feminina, porquanto a maioria das mulheres diagnosticadas com infertilidade apresentaram IMC elevado e alta prevalência de circunferência de cintura aumentada. Evidencia-se, então, a importância do acompanhamento nutricional como parte do tratamento da infertilidade feminina.

Palavras-chave: fertilidade; saúde da mulher; sobrepeso; obesidade; circunferência da cintura

Infertility is when there is a no conceiving after one year of unprotected sex and its causes are endometriosis, complications in the reproductive stages, and unknown causes. Weight and body composition can also interfere with female reproductive health. The objective of the study is to evaluate the anthropometric profile of women attended at the Nutrition Clinic of the Institute of Gynecology of the Federal University of Rio de Janeiro (IG / UFRJ), referred with a diagnosis of infertility. Height, weight, waist circumference (WC) and the body mass index (BMI) of 53 patients was measured and calculated. The mean age was 31.04 ± 4.53 , the WC was 101.37 ± 11.72 cm and the BMI was 34.92 ± 5.40 kg/m². Of the patients, 5.66% (n = 3) were overweight, 39.62% (n = 21), class I obesity, 33.96% (n = 18), class II obesity and 16.98% (n = 9) class III obesity. It was observed that 81.13% (n = 43) of the sample had high waist circumference. Such results show that being overweight can compromise female fertility, since most women diagnosed with infertility had a high BMI and a high prevalence of increased waist circumference. Thus, the importance of nutritional monitoring as part of the treatment of female infertility is highlighted.

Keywords: fertility; women's health; overweight; obesity; waist circumference

1 INTRODUÇÃO

A infertilidade é a incapacidade de concepção após um período de tentativas sem medidas de prevenção, sendo 1 ano para mulheres com idade inferior a 35 anos; e a partir do 6º mês de tentativa, nas mesmas condições, para mulheres de 35 anos ou mais (ARM 2020). São diversas as causas para a infertilidade, dentre elas estão complicações tubárias, ovulatórias, nas etapas do processo de implantação, doenças associadas, como endometriose e síndrome do ovário policístico (SOP), e, por vezes, as causas são desconhecidas (TALMOR; DUNPHY, 2015).

Aproximadamente 30% das mulheres inférteis apresentam endometriose. Tal enfermidade caracteriza-se pelo crescimento de tecido endometrial, composto por elementos glandulares e/ou estromais, em localização extrauterina, acometendo, principalmente, ovários, peritônio pélvico, fundo de saco de Douglas, ligamentos úterosacros, cólon sigmoide, bexiga, parede abdominal, cicatriz umbilical, podendo comprometer, ainda, apêndice, íleo, diafragma, vulva, vagina, colo do útero, rins e regiões inguinais (VERCELLINI *et al.*, 2014).

O perfil real da paciente portadora de endometriose é impreciso, embora exista consenso de que a endometriose esteja presente em pelo menos 10% da população geral na idade reprodutiva, de 30% a 50% das mulheres inférteis e de 3% a 5% das mulheres na fase da pós-menopausa. Ainda, essa doença ginecológica pode causar dismenorreia, dor pélvica, dispareunia, alterações urinárias e intestinais, e infertilidade; sendo que a intensidade dos sintomas nem sempre refletem a extensão da doença (AHN; SINGH; TAYADE, 2017).

Recentemente, os efeitos do estilo de vida na saúde reprodutiva da mulher têm recebido atenção e sabe-se que peso e composição corporal são fatores que podem influenciar na fertilidade feminina (SILVESTRIS *et al.*, 2018), sendo esses relacionados à infertilidade a partir da influência em processos fisiopatológicos característicos dessa realidade clínica (BARROS *et al.*, 2019).

Além disso, o baixo peso – índice de massa corporal inferior (IMC) a 18,5 Kg/m² (OMS, 2000) – leva a uma reserva energética escassa, o que favorece o desvio da energia para as funções vitais do organismo, como a respiração, os batimentos cardíacos, a transmissão de impulsos nervosos etc., e, com isso, reduz o fornecimento

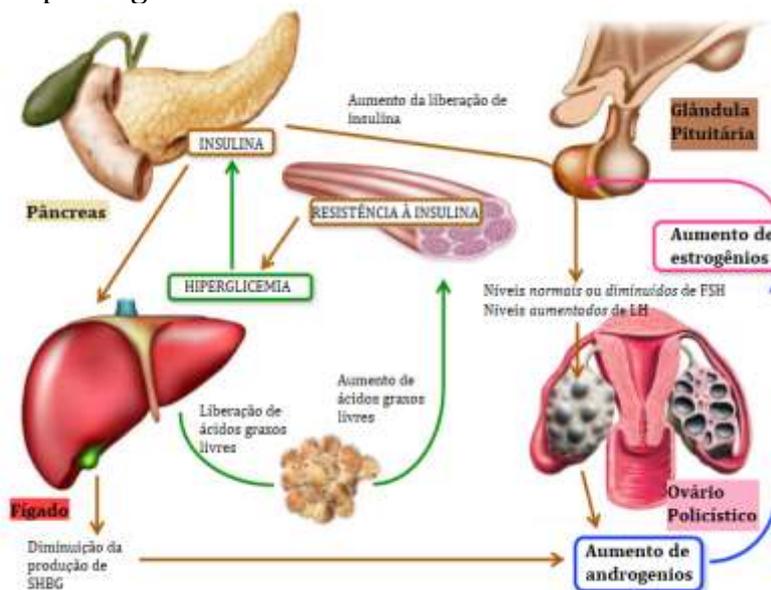
energético para as demais funções, como o crescimento e a reprodução, o que pode acarretar amenorreia e anovulação (CAI *et al.*, 2017). Essa realidade de composição corporal cursa com uma baixa presença de tecido adiposo e, conseqüentemente, baixo nível de leptina, a qual age na estimulação da angiogênese uterina e na implantação do embrião (VELEVA *et al.*, 2008). Além disso, o baixo peso pode prejudicar na produção do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) e na diminuição dos receptores de estrogênio, tendo como conseqüências o prejuízo na produção de hormônio luteinizante (LH) e de hormônio folículo estimulante (FSH), comprometendo o ciclo menstrual (CAI *et al.*, 2017).

Já o excesso de peso – configuração de um IMC superior a 25 Kg/m² (OMS, 2000) – pode estar relacionado a um perfil inflamatório sistêmico, a dislipidemia, e a alterações hormonais que interferem negativamente no desenvolvimento e maturação dos ovócitos (VUJKOVIC *et al.*, 2010). Além disso, Resistência à insulina e a conseqüente hiperinsulinemia são responsáveis pela maioria das alterações encontradas na SOP, porém a resistência à insulina não acontece em todos os tecidos.

Ademais, os tecidos musculares esquelético e adiposo apresentam resistência à insulina e isso resulta em uma diminuição da captação de glicose e aumento da lipólise, respectivamente, enquanto o ovário, a adrenal e o fígado continuam responsivos à insulina. Também, a hiperinsulinemia acontece como uma resposta compensatória à resistência à insulina, como demonstrado na figura 1, e exerce um efeito estimulatório nos ovários e na glândula adrenal, levando a um aumento na produção de hormônios androgênicos, em resposta ao estímulo do hormônio luteinizante (LH). Isso resulta na interrupção da ovulação e, conseqüentemente, anovulação. Somado a isso, a resistência à insulina vai favorecer a inibição da produção hepática de globulina de ligação de hormônio sexual (SHBG), que é uma proteína de ligação primária à testosterona, aumentando ainda mais a concentração desse androgênio livre no sangue (SILVESTRIS *et al.*, 2018).

A figura 1 a seguir demonstra a fisiopatologia da resistência à insulina que acomete as mulheres com SOP.

Figura 1 – Fisiopatologia da resistência à insulina na SOP.



Fonte: Silvestris *et al.*, 2018 (adaptada).

Não só a resistência à insulina, como as demais complicações do excesso de peso podem ter risco estimado por um outro parâmetro antropométrico, que é a avaliação da circunferência de cintura, uma medida antropométrica utilizada para se ter um parâmetro da adiposidade abdominal e essa, quando elevada, está associada ao aumento do risco cardiovascular (JANSSEM; ROSS, 2004). A literatura mostra que a obesidade central pode causar um impacto ainda importante na saúde reprodutiva da mulher (LINDEMANS *et al.*, 2019). Assim, gordura visceral vem sendo relacionada com um baixo nível de fecundidade independente do IMC, inclusive em mulheres sem histórico de infertilidade (SUNDARAM; BUCK, 2017).

Além disso, o padrão alimentar inadequado, relacionado à obesidade, pode interferir na absorção e biodisponibilidade de micronutrientes que são importantes para um bom funcionamento do sistema reprodutivo, como a Vitamina D, que está relacionada à qualidade ovulatória e ao processo de implantação (Bond *et al.*, 2019); o complexo B, no desenvolvimento e maturação dos ovócitos, em especial ácido fólico-B9 e cobalamina-B12 (GASKINS; CHAVARRO, 2018); Zinco, ômega-3, ferro, entre outros (GASKINS; CHAVARRO, 2018).

A literatura mostra que a redução de 5% a 10% do peso corporal já auxilia em uma melhora na qualidade da saúde reprodutiva da mulher (BOND *et al.*, 2019). Contudo, essa redução do peso deve ser realizada mediante uma alimentação saudável,

com adequação não só de macronutrientes, mas também de micronutrientes e compostos bioativos, que possam influenciar na fertilidade. Diante dessas evidências, o acompanhamento nutricional, com avaliação do perfil antropométrico, deve fazer parte do tratamento da infertilidade feminina. Visto que existe uma associação entre o peso, seja baixo peso ou excesso de peso, com a infertilidade, se faz de grande importância realizar estudos que avaliem o perfil de mulheres com infertilidade.

De tal modo, o objetivo do presente estudo é avaliar o perfil antropométrico de mulheres com diagnóstico de infertilidade que são atendidas no ambulatório de nutrição do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IG/UFRJ).

3 MÉTODO

De todas as pacientes atendidas no Ambulatório de Nutrição do IG/UFRJ, com idade superior a 18 anos, entre janeiro de 2016 e março de 2019, 53 haviam sido encaminhadas com diagnóstico de infertilidade primária. Os dados coletados foram: peso, estatura e circunferência da cintura (CC). Com o peso e a estatura, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC).

Para tanto, o peso foi aferido através de uma balança plataforma digital, com capacidade para 150 kg e precisão de 100g, com a paciente na posição ereta, sem sapatos, trajando roupas leves e sem acessórios ou utensílios nos bolsos ou em alguma parte do corpo. Ainda, a estatura foi aferida em estadiômetro, acoplado à balança utilizada, a 90° em relação ao piso, com a paciente também na posição ereta, de costas para o estadiômetro, sem sapatos, com os pés paralelos, com a cabeça posicionada no plano de Frankfurt, olhos e orelhas alinhados horizontalmente, cabelos soltos para não ter nenhuma interferência na aferição. Ademais, a Circunferência de cintura foi obtida a partir do ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca da paciente (CALLAWAY, 1988), com o auxílio de uma fita métrica inelástica. Finalmente, o IMC foi classificado de acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS) e o ponto de corte utilizado para CC foi de 88 cm, de acordo com o preconizado pelo NCEP-ATP III. Desse modo, estatísticas descritivas foram obtidas a partir dos dados coletados.

4 RESULTADOS

A média de idade das pacientes foi de $31,04 \pm 4,53$ anos; a da circunferência de cintura, de $101,37 \pm 11,72$ cm; e do IMC, de $34,92 \pm 5,40$ kg/m², como apresentado na tabela 1.

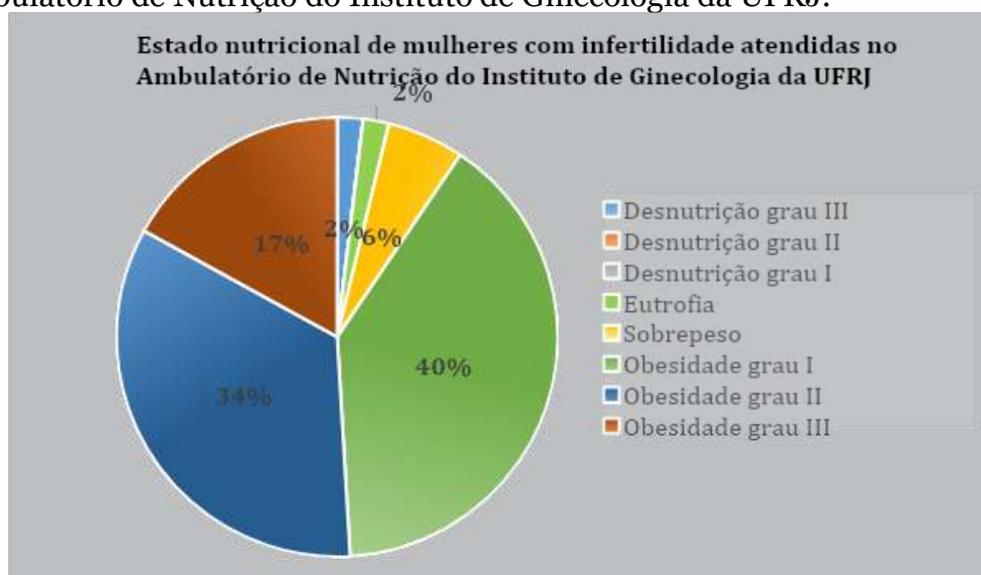
Tabela 1 – Características gerais de mulheres com infertilidade atendidas no Ambulatório de Nutrição do Instituto de Ginecologia da UFRJ.

DADOS	MÉDIA ± DP
Idade (anos)	$31,04 \pm 4,53$
Circunferência da Cintura (cm)	$101,37 \pm 11,72$
IMC (kg/m ²)	$34,92 \pm 5,40$

Fonte: autoria própria.

Dentre as pacientes avaliadas, 5,66% (n=3) tinham sobrepeso, 39,62% (n=21) foram classificadas com obesidade grau I, 33,96% (n=18) com obesidade grau II e 16,98% (n=9) com obesidade grau III, como mostra o gráfico 1. Diante dos dados, foi possível observar que 81,13% (n=43) da amostra apresentava circunferência da cintura elevada, indicando maior risco para doenças metabólicas.

Gráfico 1 – Estado nutricional de mulheres com infertilidade atendidas no Ambulatório de Nutrição do Instituto de Ginecologia da UFRJ.



Fonte: autoria própria.

5 DISCUSSÃO

Diante dos dados coletados, é possível identificar que o excesso de peso e as comorbidades associadas podem comprometer a fertilidade feminina. Sendo assim, a obesidade exerce um efeito negativo sobre o potencial reprodutivo. Isso acontece devido à alteração funcional do eixo hipotálamo-hipófise-ovário (HHO). Mulheres obesas costumam ter maiores níveis de insulina, que acarreta a maior produção ovariana de andrógenos. Esses andrógenos são aromatizados em estrogênio, devido ao excesso de tecido adiposo, levando a um *feedback* negativo no eixo HHO, afetando a produção de gonadotrofinas. Isso se manifesta como anormalidades menstruais e disfunção ovulatória (BROUGHTON; MOLEY, 2017).

Ademais, vários estudos demonstraram que mulheres obesas levam mais tempo para engravidar. Dois estudos, numa grande coorte de mulheres dinamarquesas que planejavam engravidar, mostraram um declínio nas taxas de fecundabilidade com o aumento do IMC (HAMLAU *et al.*, 2007; WIZI *et al.*, 2010). Curiosamente, nessa mesma coorte, as mulheres obesas permaneceram sub-férteis mesmo na ausência de disfunção ovulatória. Numa outra coorte americana, de mais de 7000 mulheres, Gesink e colegas (2007) identificaram fecundidade reduzida em mulheres obesas com ciclos menstruais normais (eumenorreicas).

Outro estudo, de Fichman e colaboradores (2020) mostra ainda que mulheres inférteis tem 7,5 vezes mais chances de serem obesas quando comparadas as mulheres férteis, tendo o grupo das mulheres inférteis uma prevalência de obesidade e sobrepeso de 50% e 33%, respectivamente, enquanto o grupo das mulheres férteis tinha prevalência de obesidade e sobrepeso em 21% e 25% respectivamente.

Apesar de, no presente estudo, não ter sido aferido o percentual de gordura, pode-se dizer que o excesso de peso foi proveniente de um aumento da adiposidade corporal, inclusive visceral, observada pela alta prevalência de circunferência de cintura aumentada. Tal dado influi em mais um parâmetro relacionado ao impacto negativo sobre a reprodução, como visto no estudo de Lindemans *et al.* (2019), o qual mostrou uma relação inversa entre a circunferência de cintura e a probabilidade de implantação de embriões.

É importante ressaltar ainda o estudo de Bond *et al.* (2019), o qual mostrou que a redução de 5% do peso corporal de mulheres ajudou no aumento das chances de gestação, corroborando com um melhor perfil de triglicerídeos e vitamina D, parâmetros esses que, apesar de não terem sido avaliados, estão associados com a obesidade, de modo que se tem um aumento de triglicerídeos livres no sangue e uma diminuição do estanho nutricional de vitamina D.

Ainda, estudos como o de Toledo *et al.* (2011) já vem mostrando que a adequada funcionalidade do sistema reprodutor pode ser beneficiada por um estilo de hábito alimentar que, de acordo com tal estudo, é a dieta do mediterrâneo, seja para melhora do quadro de infertilidade ou até mesmo o sucesso na fertilização *in vitro*, por conta da oferta de nutrientes que são essenciais para esses processos. Esse padrão alimentar se baseia em uma valorização do consumo de frutas, hortaliças, grãos integrais, oleaginosas, peixes, lácteos e derivados, com preferência das gorduras boas, como o azeite de oliva, e redução do consumo de lanches (GASKINS; CHAVARRO, 2018). Porém, os demais hábitos associados ao estilo de vida, também vão influenciar nesse processo junto com uma alimentação adequada.

Ainda com relação à dieta, David R. Meldrum, em sua revisão de 2017, sobre obesidade e reprodução humana, afirma que uma dieta saudável e exercícios regulares são mudanças no estilo de vida que, ao longo do tempo, têm mais probabilidade de resultar em perda de peso sustentada e melhora geral da saúde. Dietas que resultam em perda de peso a curto prazo são, geralmente, seguidas por recuperação rápida do peso eliminado, de modo que essas grandes flutuações podem ser prejudiciais à saúde.

Todas essas informações sugerem fortemente que mudanças positivas no estilo de vida ao longo de 3–6 meses devem ser encorajadas antes e durante o tratamento da infertilidade feminina, ao invés do estímulo à perda de peso acentuada, que carece de evidências científicas quanto à eficácia e aos benefícios à saúde reprodutiva.

6 CONCLUSÃO

Em síntese, os resultados deste estudo enfatizam a importância do acompanhamento nutricional das mulheres em tratamento para infertilidade, no período de concepção. O cuidado nutricional deve focar no estímulo a perda de

peso, na adequação do consumo de macronutrientes e de micronutrientes, em especial nos que atuam nas etapas da concepção, desde a ovulação até a implantação, e bom desenvolvimento embrionário, inferindo, benéficamente, também, em um ambiente placentário favorável. Ainda, o profissional deve estimular mudanças no estilo de vida, não somente dos hábitos alimentares, mas também com estímulo à prática de atividade física, visto que essa auxilia na adequação da composição corporal e metabolismo.

REFERÊNCIAS

AHN, S.H.; SINGH, V.; TAYADE, C. Biomarkers in endometriosis: challenges and opportunities. *In: Fertility and Sterility*, vol. 107, n. 3, p. 523-532, 2017, <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.01.009>. Disponível em <https://www.fertstert.org/action/showPdf?pii=S0015-0282%2817%2930050-X>. Acesso em 06 de setembro de 2020.

BARROS, I. S. G.; ALVES, G. D.; ROCHA, L. A. O IMPACTO DA OBESIDADE NA FERTILIDADE FEMININA. *e-Scientia*, vol. 12, n. 2, p. 47-50, 2020. Disponível em <https://revistas.unibh.br/dcbas/article/view/2980>. Acesso em 12 de agosto de 2020.

BROUGHTON, Darcy E.; MOLEY, Kelle H. Obesity and female infertility: potential mediators of obesity's impact. *Fertility and sterility*, v. 107, n. 4, p. 840-847, 2017, doi:<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.01.017>. Disponível em [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015-0282\(17\)30060-2](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015-0282(17)30060-2). Acesso em 10 de agosto de 2020.

CALLAWAY CW. Circumferences. *In: Lohmann TG, Roche AF, Martorell R (org.). Anthropometric Standardization Reference Manual*. Illinois (USA): Human Kinetics Books; 1988. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/A Anthropometric Standardization Reference.html?id=jjGAAAAAMAAJ&redir_esc=y . Acesso em 05 de setembro de 2020.

FICHMAN, V., COSTA, R. S., MIGLIOLI, T.C., Marinheiro LP. Associação entre obesidade e infertilidade anovulatória. *einstein* (São Paulo). 2020;18:eAO5150. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5150. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/eins/v18/pt_2317-6385-eins-18-eAO5150.pdf. Acesso em 15 de agosto de 2020.

FONTANA, R.; Torre, S.D. The Deep Correlation between Energy Metabolism and Reproduction: A View on the Effects of Nutrition for Women Fertility. *Nutrients*, vol. 8, n. 87, p. 1-34, 2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4772050/pdf/nutrients-08-00087.pdf>. Acesso em 15 de agosto de 2020.

GASKINS, A. J.; CHAVARRO, J. E. Diet and Fertility: A Review. *In: American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 218,4 (2018): 379-389. doi: 10.1016

/j.ajog.2017.08.010. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5826784/>. Acesso em 5 de agosto de 2020.

GESINK LAW, D. C.; MACLEHOSE, R.F.; LONGNECKER, M.P. Obesity and time to pregnancy. *In: Human Reproduction*, vol. 22, ed. 2, Fev. 2007, p. 414–420, <https://doi.org/10.1093/humrep/del400>. Disponível em <https://academic.oup.com/humrep/article/22/2/414/2939454>. Acesso em 9 de setembro de 2020.

JANSSEN, I.; KATZMARZYK, P. T.; ROSS, R. Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk. , *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 79, ed. 3, Mar. 2004, p. 379–384, <https://doi.org/10.1093/ajcn/79.3.379>. Disponível em <https://academic.oup.com/ajcn/article/79/3/379/4690122>. Acesso em 17 de agosto de 2020.

LI, M. *et al.* Waist circumference in relation to outcomes of infertility treatment with assisted reproductive technologies. *In: American journal of obstetrics and gynecology*. vol. 220,6 (2019): 578.e1-578.e13. doi:10.1016/j.ajog.2019.02.013. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30763543/>. Acesso em 17 de agosto de 2020.

MELDRUM, D. R. Introduction: Obesity and reproduction. *In: Fertility and Sterility*, vol. 107, n. 4, p. 831-832, 2017. Disponível em: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(17\)30231-5/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(17)30231-5/fulltext). Acesso em 07 de setembro de 2020.

PRACTICE COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE *et al.* Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *In: Fertility and Sterility*, vol. 99, n. 1, p. 63, 2013, <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.09.023>. Disponível em <https://www.fertstert.org/action/showPdf?pii=S0015-0282%2812%2902242-X>. Acesso em 06 de setembro de 2020.

ROBERT, J.; NORMAN, M. N.; RUIJIN WU, M. J. D.; LISA MORAN, J. X. W. Improving reproductive performance in overweight/obese women with effective weight management. *In: Human Reproduction Update*, vol. 10, ed. 3, p. 267–280, 2004, <https://doi.org/10.1093/humupd/dmho18>. Disponível em: <https://academic.oup.com/humupd/article/10/3/267/682118>. Acesso em 06 de setembro de 2020.

RAMLAU-HANSEN, C.H. *et al.* Subfecundity in overweight and obese couples. *In: Human Reproduction*, vol. 22, ed. 6, p. 1634–1637, 2007, <https://doi.org/10.1093/humrep/dem035>. Disponível em <https://academic.oup.com/humrep/article/22/6/1634/608630>. Acesso em 5 de setembro de 2020.

RODRIGUEZ, L. G. G; SOBALER, A. M. L; SÁNCHEZ, J. M. P, ORTEGA, R. M. **Nutrition and fertility**. v. 7, n. 35, 2018.

<https://academic.oup.com/humrep/article/22/6/1634/608630>. Acesso em 10 de setembro de 2020.

SILVESTRIS, E. *et al.* Obesity as disruptor of the female fertility. *Reproductive biology and endocrinology : RB&E*, vol. 16(1), n. 22, 2018,

<https://doi.org/10.1186/s12958-018-0336-z>. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5845358/>). Acesso em 07 de agosto de 2020.

SUNDARAM, R.; MUMFORD, S.L.; BUCK LOUIS, G.M. Couples' body composition and time-to-pregnancy. *In: Human reproduction*. v.32, n.3, p. 662-668, 2017.

Disponível em <https://academic.oup.com/humrep/article/32/3/662/2964862>. Acesso em 10 de setembro de 2020.

CURRIE, Heather. Female obesity and infertility. *In: Best Practice & Research, Clinical Obstetrics & Gynaecology*. p. 498-506, 2010, doi:

<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.10.014>. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693414002417#:~:text=%20Female%20Obesity%20and%20Infertility%20%20%20Introduction, to%20highlight%20that%20obesity%20has%20a...%20More%20>. Acesso em 07 de agosto de 2020.

The Third Report of the National Cholesterol Education Program (NECP). Expert Panel on Detection. Evaluation, and treatment of high blood cholesterol

in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*, v. 285, n. 19, p. 2486-97, 2001,

<https://doi.org/10.1161/circ.106.25.3143>. Disponível em <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/circ.106.25.3143>. Acesso em 20 de agosto de 2020.

TOLEDO, E. *et al.* Dietary patterns and difficulty conceiving: a nested case-control study. *In: Fertility and sterility*, v. 96, n. 5, p. 1149-1153, 2011, doi:

<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.08.034>. Disponível em: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(11\)02485-X/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(11)02485-X/fulltext). Acesso em 20 de agosto de 2020.

WISE, L.A.; ROTHMAN, K.J.; MIKKELSEN, E.M.; SORENSEN, H.T.; RIIS, A.; HATCH, E.E. An internet-based prospective study of body size and time-to-

pregnancy. *In: Human Reproduction*, v.25, n.1, p.253-264, 2010; doi: 10.1093/humrep/dep360. Disponível em

https://www.researchgate.net/publication/38011033_An_internet-based_prospective_study_of_body_size_and_time-to-pregnancy. Acesso em 09 de agosto de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284, p. 256, 2000.

Disponível em

https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/. Acesso em 02 de agosto de 2020.

VERCELLINI, P. *et al.* Endometriosis: pathogenesis and treatment. *In: Nature Reviews Endocrinology*, v. 10, n. 5, p. 261, 2014. Disponível em

<https://www.nature.com/articles/nrendo.2013.255>. Acesso em 21 de agosto de 2020.

VUJKOVIC, M., *et al.* The preconception Mediterranean dietary pattern in couples undergoing in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection treatment

increases the chance of pregnancy. *In: Fertility and sterility*, v. 94, n. 6, p. 2096-2101, 2010. Disponível em [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(09\)04338-6/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(09)04338-6/fulltext). Acesso em 15 de agosto de 2020.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA EM MULHERES NO ESTADO DO PARÁ, BRASIL

Cleizimara Cavalcante Nunes

UEPA – Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
cleizimaracavalcante@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2641693251038820> ORCID:
<https://orcid.org/0000-0003-3438-1414>

Ilga Milla Chaves Silva

UEPA – Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
i.mylla.cs@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6815942319065560> ORCID:
<https://orcid.org/0000-0003-0958-6071>

Israel Clemeson Moutinho Leite

UEPA – Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
israel.moutinho21@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8371473300135573> ORCID:
<https://orcid.org/0000-0001-8147-6112>

Ana Emília Gomes Macedo

UEPA – Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
anaemiliamacedo@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8465690623428542> ORCID:
<https://orcid.org/0000-0003-3010-4882>

INTRODUÇÃO: neoplasia maligna da mama é o tipo de câncer mais comum na Região Norte do Brasil, depois do câncer de colo de útero, e o primeiro no país, atrás do câncer de pele não melanoma. **OBJETIVO:** analisar as internações e despesas hospitalares por neoplasia maligna da mama no estado do Pará, no período de 2014 a 2019. **METODOLOGIA:** estudo epidemiológico, descritivo de caráter quantitativo, realizado com dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Os dados foram organizados e analisados pelo software *Microsoft Excel*® 2010, registrando-se faixa etária de 20 a 80 anos ou mais, óbitos, taxa de mortalidade, média de permanência, valor médio das internações e valor total. **RESULTADOS:** houve 4.015 internações no estudo, 28,81% entre 40 a 49 anos, 422 óbitos, 20,37% em 2018, taxa média de mortalidade anual de 10,73 casos/100 mil mulheres, média de permanência hospitalar anual de 6,2 dias, valor médio de internações anual de R\$ 2.130,53 mil e o valor total das internações de R\$ 8.498.611,84 milhões. **CONCLUSÃO:** destaca-se a importância da prevenção e tratamento precoce no intuito de evitar desfechos desfavoráveis na saúde da mulher e reduzir a morbimortalidade por essa patologia.

Palavras-chave: Câncer da mama, internação hospitalar, despesas em saúde, saúde da mulher.

INTRODUCTION: malignant neoplasm of the breast is the most common type of cancer in the North of Brazil, after cervical cancer, and the first in the country, behind non-melanoma skin cancer. **OBJECTIVE:** to analyze hospital admissions and expenses for malignant breast cancer in the state of Pará, from 2014 to 2019. **METHODOLOGY:** an epidemiological study, descriptive of quantitative character, carried out with secondary data from the SUS Hospital Information System (SIH-SUS). The data were organized and analyzed using the Microsoft Excel® 2010 software, recording the age group from 20 to 80 years old or more, deaths, mortality rate, average length of stay, average value of hospitalizations and total value. **RESULTS:** there were 4,015 hospitalizations in the study, 28.81% between 40 and 49 years old, 422 excellent, 20.37% in 2018, average annual mortality rate of 10.73 cases/100,000 women, average annual hospital stay of 6, 2 days, average value of annual hospitalizations of R \$ 2,130.53 thousand and the total value of hospitalizations of R \$ 8,498,611.84 million. **CONCLUSION:** the importance of prevention and early treatment in order to avoid unfavorable outcomes in the women's health and reduce morbidity and mortality from this pathology.

Keywords: Breast cancer, hospital stay, health expenses, women's health.

1 INTRODUÇÃO

A neoplasia maligna da mama, desconsiderando-se os tumores de pele não melanoma, constitui o câncer de maior prevalência e com maior taxa de mortalidade entre as neoplasias que acometem mulheres no Brasil e no mundo, caracterizando-se como um problema de saúde pública devido ao seu caráter epidêmico, sendo o tipo de câncer mais comum na Região Norte brasileira, depois do câncer de colo de útero (INCA, 2019a; FAYER *et al.*, 2020; ALVES; MAGALHÃES; COELHO, 2017). Além disso, em 2017, o número de óbitos por câncer de mama foi 16.724 (INCA, 2019b). Para o ano de 2019, as estimativas foram de 59.700 novos casos (INCA, 2019a). Já para cada ano do triênio 2020-2022, estima-se 66.280 registros de câncer de mama (INCA, 2019b).

O câncer de mama é uma doença crônica, sendo que essas são responsáveis pelos maiores gastos no Sistema Único de Saúde (SUS) (XAVIER *et al.*, 2016). A incidência dessa neoplasia se dá principalmente em mulheres na pós-menopausa, uma vez que cerca de 75% dos diagnósticos são em mulheres com idade superior a 50 anos (EUGÊNIO *et al.*, 2016). Assim, o aparecimento de nódulo é o sinal/sintoma mais comum e os fatores de risco são: envelhecimento, fatores genéticos, fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, consumo de álcool, excesso de peso e sedentarismo, comportamento e estilo de vida, história familiar de câncer de mama, exposição à radiação ionizante e alta densidade do tecido mamário (INCA, 2019a; ALVES; MAGALHÃES; COELHO, 2017; SANTOS *et al.*, 2019). Portanto, o câncer de mama afeta a qualidade de vida das mulheres em diversas áreas (LIMA; SILVA, 2020).

O planejamento de estratégias de controle do câncer de mama, por meio da detecção e tratamento precoce, é fundamental, resultando em maior probabilidade de cura para esse tumor invasivo, demandando maiores investimentos e custos decorrentes de assistência médica (INCA, 2019a; FAYER *et al.*, 2020; XAVIER *et al.*, 2016). Quanto ao diagnóstico e monitoramento das lesões mamárias, os métodos de imagem são de suma importância, sendo a ultrassonografia, a mamografia (MMG) e a ressonância magnética (RM) os métodos mais utilizados (EUGÊNIO *et al.*, 2016). No entanto, dependendo do tratamento adotado e do estágio da doença, a qualidade de vida da mulher pode ser afetada, ocorrendo náuseas, vômitos, dores, fadiga, insônia,

queda capilar, depressão, medo da morte, mutilação e presença de feridas (ÇÖMEZ e KARAYURT, 2016).

O SUS disponibiliza o procedimento de reconstrução mamária e recuperação pós-mastectomia, realizando cirurgias conservadoras, quando há retirada parcial da mama, ou radicais, quando toda a mama é removida, sendo que, posteriormente, é possível reconstruir a estrutura mamária, possibilitando maior aceitação ao corpo e reinserção social às mulheres acometidas (INCA, 2019a).

Neste contexto, este estudo busca analisar as internações e despesas hospitalares por neoplasia maligna da mama no estado do Pará, no período compreendido entre os anos de 2014 a 2019, podendo contribuir com as políticas públicas de saúde na elaboração de medidas mais eficazes de prevenção, controle e tratamento da doença, considerando também custos, gastos e outros investimentos ou despesas dessa neoplasia, garantindo melhoria do acesso dessa população aos serviços de saúde e influenciando também no planejamento de suporte à paciente diagnosticada com câncer de mama, seja na Atenção Primária em Saúde (APS), em estágio inicial, ou mesmo quando em seu estágio final.

2 METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários extraídos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), que é mantido principalmente pelas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), acessado via internet através da plataforma do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Optou-se por esse sistema porquanto há possibilidade de analisar os custos hospitalares e evolução dos casos. Por se tratar de dados de domínio público sem a identificação dos indivíduos, a pesquisa não necessitou de aprovação pelo comitê de ética.

A população incluída foram mulheres na faixa etária de 20 a 80 anos de idade ou mais, residentes no estado do Pará, cujo diagnóstico principal foi de neoplasia maligna da mama (código C50), de acordo com a lista de morbidade da Classificação Internacional de Doenças – 10^a edição (CID-10). O período analisado compreendeu os anos de 2014 a 2019 e o estudo limitou-se às pacientes que utilizaram o sistema público de saúde e centros de saúde conveniados ao SUS.

Em relação à coleta e análise de dados, levou-se em consideração as variáveis: faixa etária, óbitos, taxa de mortalidade, média de permanência, valor médio e valor total das internações. Utilizou-se a ferramenta Tabnet desenvolvida pelo DATASUS que tabula e transforma em planilha os dados. A tabulação foi realizada pelo ano de atendimento com o auxílio do software *Microsoft Excel®* 2010, calculando-se as frequências absoluta e relativa, juntamente com a elaboração de gráficos e tabelas.

3 RESULTADOS

No período observado, evidenciou-se o total de 4.015 internações por neoplasia maligna da mama. Houve aumento de 566 internações (14,09%) em 2014 para 783 (19,5%) em 2019, destacando 2018 com 853 casos (21,24%). A faixa etária de maior ocorrência foi de 40 a 49 anos (28,81%), seguida de 50 a 59 anos (26,3%), como demonstrado na tabela 1.

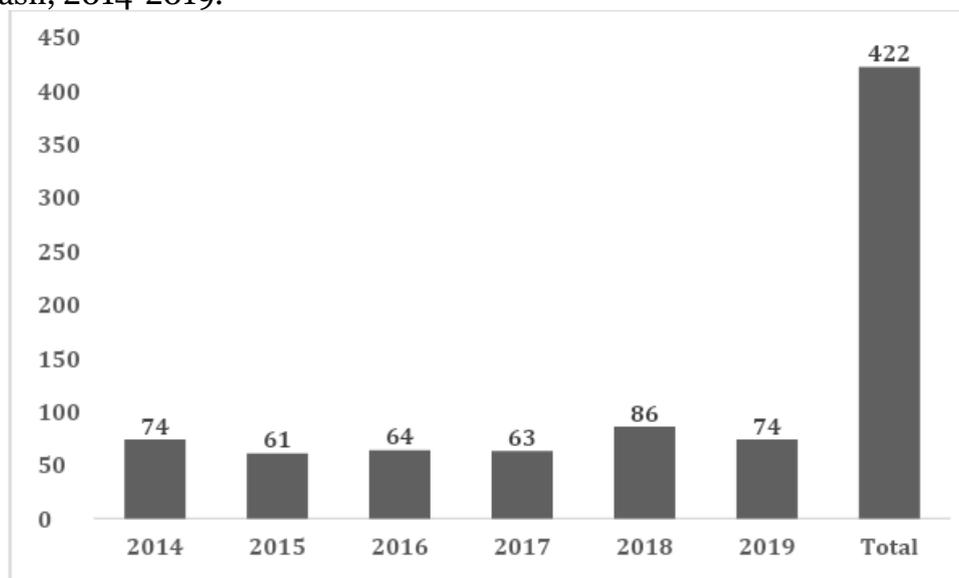
Tabela 1 – Internações por faixa etária segundo ano atendimento por neoplasia maligna da mama no Pará, Brasil, 2014-2019

Ano atendimento	Faixa etária							Total
	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	
2014	12	75	164	137	104	56	18	566
2015	13	67	145	114	92	35	15	481
2016	13	88	167	170	124	60	17	639
2017	7	92	212	190	117	57	18	693
2018	21	111	247	230	151	77	16	853
2019	21	79	222	215	132	82	32	783
Total	87	512	1157	1056	720	367	116	4015

Fonte: SIH/SUS, 2020.

Quanto ao número de óbitos, conforme visto na figura 1, foram totalizadas 422 ocorrências, sendo 2018 o ano de maior registro de mortes (20,37%) e 2015 o de menor quantidade (14,45%).

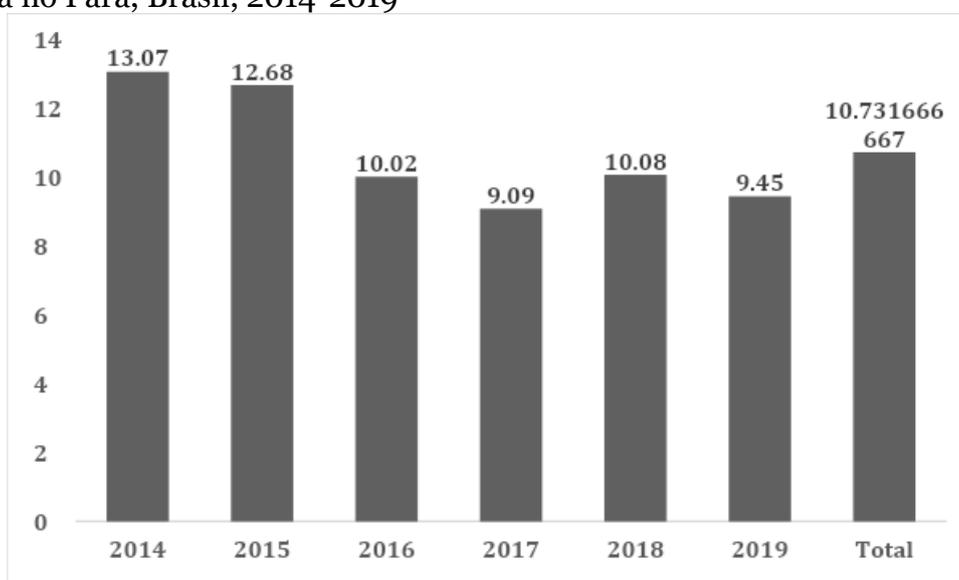
Figura 01 – Óbitos segundo ano atendimento por neoplasia maligna da mama no Pará, Brasil, 2014-2019.



Fonte: SIH/SUS, 2020.

Além disso, a taxa média de mortalidade anual foi de 10,73 casos/100 mil mulheres, porém, 2014 apresentou a maior taxa (13,07), como apresentado na figura 2.

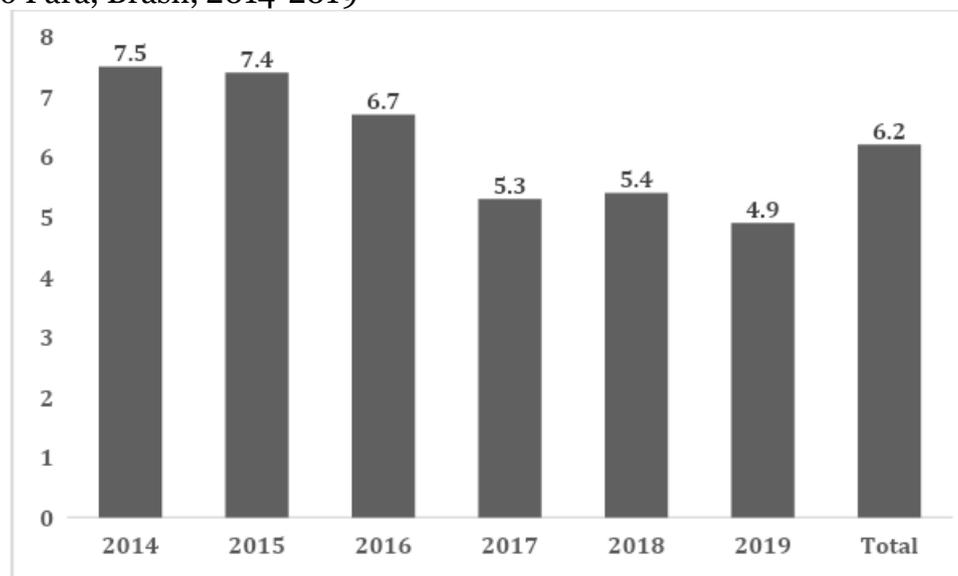
Figura 02 – Taxa de mortalidade segundo ano atendimento por neoplasia maligna da mama no Pará, Brasil, 2014-2019



Fonte: SIH/SUS, 2020.

A média de permanência, expressa na figura 3, hospitalar anual foi de 6,2 dias, com destaque para 2014 com 7,5 dias de maior média e 2019 com a menor, de 4,9 dias.

Figura 03 – Média permanência segundo ano atendimento por neoplasia maligna da mama no Pará, Brasil, 2014-2019



Fonte: SIH/SUS, 2020.

Acerca dos gastos, o valor médio de internações anual foi de aproximadamente R\$ 2.130,53 mil, tendo maior gasto em 2016 com média de R\$ 2.297,32 mil e menor em 2015 com R\$ 1.875,47 mil de média, de acordo com a tabela 2.

Tabela 2 – Valor médio das internações segundo ano atendimento por neoplasia maligna da mama no Pará, Brasil, 2014-2019

<i>Ano atendimento</i>	<i>Valor médio das internações</i>
2014	2217,18
2015	2191,21
2016	2297,32
2017	2069,24
2018	2132,77
2019	1875,47
Total	2130,531667

Fonte: SIH/SUS, 2020.

O valor total das internações, descrito na tabela 3, foi R\$ 8.498.611,84 milhões, enfatizando 2018 com maior investimento, de R\$ 1.819.248,85 milhão, e 2015 com o menor, de R\$ 1.053.971,56 milhão.

Tabela 3 – Valor total segundo ano atendimento por neoplasia maligna da mama no Pará, Brasil, 2014-2019

<i>Ano atendimento</i>	<i>Valor total</i>
2014	1254925,67
2015	1053971,56
2016	1467985,82
2017	1433983,57
2018	1819248,85
2019	1468496,37
Total	8498611,84

Fonte: SIH/SUS, 2020.

4 DISCUSSÃO

A recomendação do Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama por meio da mamografia destina-se, prioritariamente, para a população de risco de 50 a 59 anos a cada dois anos, pois a frequência aumentada em faixa etária não indicada pode resultar em procedimentos e tratamentos dispensáveis, decorrente de maiores resultados falsos-positivos, no entanto, foi observado que no ano de 2010 a quantidade desse exame no grupo alvo era semelhante ao de 40 a 49 anos, seja pelo SUS ou na rede privada (MIGOWSKI, *et al.* 2018), sendo esta a faixa etária de maior acometimento no número de internações no período analisado, seguida da população alvo.

De acordo com Lôbo *et al.* (2020) houve crescimento na incidência do câncer de mama no grupo etário de 40 a 49 anos, de modo que a realidade brasileira e de outros países em desenvolvimento é diferente quanto a essa classe, apontando, assim, a necessidade de diminuição da faixa etária para a busca ativa por meio da mamografia dessa patologia. Um estudo em um hospital de referência no Estado do Tocantins corrobora com tais resultados ao demonstrar maior acometimento de internações em pacientes com idade entre 45 e 49 anos (SOUSA; FIGUEREDO; FERNANDES, 2016).

No que concerne à mortalidade, no estudo de Meira *et al.* (2015) observou-se que a região Norte possui uma das mais baixas taxas de mortalidade média em relação ao câncer de mama, sendo as regiões Sudeste e Sul as que possuem mais óbitos. De acordo com Carvalho e Paes (2019), as desigualdades socioeconômicas têm correlação com a mortalidade por neoplasia da mama, conferindo às mulheres com maior poder aquisitivo um aumento da incidência dessa patologia, seja por pouca paridade ou

melhores condições de vida conseqüentemente levando ao envelhecimento, que por si só já é um dos fatores associados à mortalidade. Isso corrobora com a pesquisa de Couto *et al.* (2018) que mostra mortalidade maior no Sul que é uma região mais rica que o Norte do país.

Uma limitação do estudo seria sobre a qualidade dos dados sobre óbitos e taxa de mortalidade que podem não corresponder à realidade, uma vez que, nos sistemas de informações em saúde brasileiros corriqueiramente há muitas subnotificações. Fato esse que deve ser levado em consideração pelos profissionais da saúde no tocante ao preenchimento correto das fichas e autorizações que alimentam esses sistemas, pois, se inadequados, interferem na análise epidemiológica das patologias.

As doenças crônicas, como exemplo o câncer de mama, são consideradas como prioridades em saúde devido ao seu impacto na morbimortalidade e custos decorrentes de assistência médica, sendo responsáveis pelos maiores gastos no SUS, de acordo com Bielemann *et al.* (2015). Em estudo de Xavier *et al.* (2016), o estado do Pará obteve destaque negativo por utilizar mamógrafos em menor grau, o que influencia no diagnóstico precoce do câncer de mama e que também tem relação direta com a média de permanência das pacientes nos ambientes de saúde e elevação dos custos hospitalares.

Outro fator importante, observado por Xavier *et al.* (2016), é que não há distribuição homogênea dos mamógrafos entre as regiões de saúde do Brasil, uma vez que o país apresentou excedente de 196 equipamentos, tendo esse cenário agravado devido ao baixo grau de utilização em estados como o Pará, que apresentou *déficit* importante na quantidade de aparelhos. Esses aspectos influenciam diretamente diagnóstico precoce, bem como nos custos envolvidos no tratamento dessa neoplasia, já que grande parte dos custos é decorrente de tratamento de estágios mais avançados, que demandam maior quantidade de procedimentos e medicamentos, como é destacado por Okamoto (2019).

Além disso, de acordo com Bielemann *et al.* (2015), no ano de 2013, o custo total de internações por neoplasia de mama na região Norte, foi de R\$ 1.932.885,18 milhão. Já o presente estudo mostrou que entre 2014 e 2019, o valor total das internações no Pará foi R\$ 8.498.611,84 milhões. Reforçando ainda mais a necessidade de se investir na APS e diagnóstico precoce da neoplasia maligna da mama, a fim de reduzir despesas

aos cofres públicos e o mais importante, evitar que a doença seja agravada, evitando sequelas às acometidas ou até mesmo óbito.

5 CONCLUSÃO

Por conseguinte, verificou-se que as internações ocorreram predominantemente na faixa etária de 40 a 59 anos, visto que se trata de um grupo etário de maior demanda quanto ao rastreamento pela mamografia, seja no sistema público ou privado, apesar desse rastreio ser feito somente a partir dos 50 anos, o que dificulta o diagnóstico precoce em faixa etária inferior a essa.

Houve importante aumento no número de casos nos últimos anos e taxa de mortalidade baixa quando comparada às demais regiões brasileiras, além de grande custo para os cofres públicos, que poderia ser diminuído se os investimentos fossem na infraestrutura hospitalar e da atenção básica e em equipamentos especializados. Dessa forma, destaca-se a importância da prevenção e tratamento precoce no intuito de evitar desfechos desfavoráveis à saúde da mulher e reduzir a morbimortalidade por essa patologia.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.O.; MAGALHÃES, S.C.M.; COELHO, B.A. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 141-154, 2017.

BIELEMANN, R.M.*et al.* Burden of physical inactivity and hospitalization costs due to chronic diseases. **Revista de saúde pública**, v. 49, p. 75, 2015.

CARVALHO, J.B.; PAES, N.A. Desigualdades socioeconômicas na mortalidade por câncer de mama em microrregiões do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 2, p. 391-400, 2019.

ÇÖMEZ, S.; KARAYURT, Ö. We as spouses have experienced a real disaster!: A qualitative study of women with breast cancer and their spouses. **Cancer Nursing**, v. 39, n. 5, p. E19-E28, 2016.

COUTO, M.S.A. *et al.* Comportamento da mortalidade por câncer de mama nos municípios brasileiros e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online]. v. 41, 2018. [Acessado 6 setembro 2020], e168. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.168>>.

EUGÊNIO, D.S.G. *et al.* Breast cancer features in women under the age of 40 years. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 62, n. 8, p. 755-761, 2016.

FAYER, V. A. *et al.* Controle do câncer de mama no estado de São Paulo: uma avaliação do rastreamento mamográfico. **Cadernos Saúde Coletiva**, n. AHEAD, 2020.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A situação do câncer de mama no Brasil**: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA, 2019a.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019b.

LIMA, E.O.L.; SILVA, M.M. Quality of life of women with locally advanced or metastatic breast cancer. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 41, 2020.

LÔBO, J. L.S.; *et al.* Mortalidade por Câncer de Mama Feminino em Alagoas no Período de 2001 a 2016: Análise de Tendência e Distribuição Espacial. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 1, p. e-09656, 31 mar. 2020.

MEIRA, K.C. *et al.* Análise de efeito idade-período-coorte na mortalidade por câncer de mama no Brasil e regiões. **Revista Pan-americana de Salud Pública**, v. 37, p. 402-408, 2015.

MIGOWSKI, A. *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, e00046317, 2018.

OKAMOTO, T.Y. Detecção precoce do câncer de mama como fator de redução de custos do sistema de saúde do exército. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – **Escola de Saúde do Exército**, Rio de Janeiro, 2019.

SANTOS, J.C.M. *et al.* Perfil epidemiológico e clínico de mulheres com câncer de mama na região oeste do Paraná. **Rev. bras. ciênc. saúde**, p. 449-458, 2019.

SOUSA, M. M.; FIGUEREDO, S. B.; FERNANDES, R. M. Perfil clínico-epidemiológico de mulheres com neoplasia de mama atendidas no Hospital Regional de Referência no município de Araguaína-TO no período de 2000 a 2015. **DESAFIOS - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 2, n. 2, p. 283-306, 31 maio 2016.

XAVIER, D.R. *et al.* Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 20-35, 2016.

CORRELAÇÃO ENTRE PARTO CESÁREA, BAIXO PESO AO NASCER E PREMATURIDADE

Marcos Campos Pontara

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo/CEUNES marcospontara@hotmail.com
<http://lattes.cnpq.br/5630336047524651> e <https://orcid.org/0000-0001-7538-2806>

Greice Kelly Palmeira Campos

UNESC - Centro universitário do Espírito Santo
greiceklelly152@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/3621497067853119> e <https://orcid.org/0000-0002-5169-5282>.

Luciano Antonio Rodrigues

UNESC - Centro universitário do Espírito Santo, <http://lattes.cnpq.br/1082665421035430> e
<http://orcid.org/0000-0001-5758-456X>.

Adriene de Freitas Moreno Rodrigues

UNESC - Centro universitário do Espírito Santo, <http://lattes.cnpq.br/0740835178065480> e
<https://orcid.org/0000-0001-5028-3262>.

Keila Cristina Mascarello

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/8417184843741770> e <https://orcid.org/0000-0003-4567-487X>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como baixo peso ao nascer (BPN) um valor inferior a 2,5kg. A prematuridade é um problema mundial, principalmente por sua relação com a mortalidade neonatal. O estudo teve como objetivo correlacionar o baixo peso ao nascer e a prematuridade com a realização de cesariana, no período compreendido entre 1998 e 2017. Tratou-se de um estudo observacional, do tipo ecológico, de abordagem quantitativa, utilizando dados secundários do banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) dos quais foram analisados os coeficientes de regressão, com intervalos de confiança 95% e os respectivos valores-p, pelo teste de Breusch Godfrey, foi calculada a correlação pelo teste Pearson. Inicialmente foram levantadas e calculadas as taxas de cesariana, baixo peso ao nascer e prematuridade no recorte temporal do estudo. Foi observado que as correlações são significantes e altas de acordo com os scores BPN e prematuridade, os valores obtidos de 0.8870 e 0.8868, respectivamente. Os valores mostram que o aumento da cesárea esta intrinsecamente correlacionada com BPN e prematuridade, uma vez que os dados se mostraram positivo e forte.

Palavras-chave: Cesárea; Recém-nascido de baixo peso; Recém-nascido prematuro; Epidemiologia.

The World Health Organization (WHO) defines low birth weight (LBW) as less than 2.5 kg. Prematurity is a world wide problem, especially for its relation to neonatal mortality. Correlate low birth weight and prematurity with the execution of cesarean, from 1998 to 2017. This is an observational study, ecological type, performed with data from SINASC and has a quantitative approach. The regression coefficients, their confidence intervals are 95% and the respective p-values. The data were organized in the Excel program and the cesarean, LBW, and prematurity rates were calculated and analyzed after in the Stata 13.0 statistical program and the Breusch Godfrey test was calculated the correlation through the correlation test of Pearson. Initially, the rates of cesarean, low birth weight and prematurity were raised and calculated. It was observed that the correlations are significant and high according to the LBW and PREMATURITY scores, the values obtained of 0.8870 and 0.8868 respectively. The values show that their increase in cesarean is intrinsically correlated with LBW and prematurity, since the data are shown to be positive and strong.

Keywords: Cesarean section; Low birth weight newborn; Premature newborn; Epidemiology.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como Baixo Peso ao Nascer (BPN) um valor menor que 2,5kg. Estima-se que no mundo inteiro se tem de 15 a 20% dos Recém-nascidos (RN) com BPN, o que simularia mais de 20 milhões de aparecimentos por ano. Ainda, há diferenças nas grandezas de BPN entre as regiões, sendo de 28% no sul da Ásia, 13% na África subsaariana e de 9% na América Latina. No Brasil, a busca realizada através dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), no período compreendido entre 1996 e 2011, foi de 8,0% a dimensão de BPN nas 26 capitais dos Estados, assim como em Brasília, apresentando maior representatividade nas Regiões Sudeste (8,4%) e Sul (8,0%) e menor nas Regiões Norte (7,2%), Nordeste (7,6%) e Centro-Oeste (7,4%) (MOREIRA; SOUSA; SARNO; 2018).

Espera-se que as taxas de BPN sejam menores em contextos mais desenvolvidos, o Ministério da Saúde (MS) e o da educação, planejam estratégias para diminuir essa taxa e quanto mais baixas as taxas de BPN, menores as Taxas de Mortalidade Infantil (TMI) (SILVA *et al.*, 2010).

No entanto, não somente as maiores percentagens de BPN são observadas nas regiões mais desenvolvidas do Brasil, mas também a redução da TMB (Taxa de Mortalidade Brasileira) em todas as regiões brasileiras com melhoria da assistência à saúde. A explicação de que o paradoxo do BPN se deve à subnotificação de nascidos vivos em regiões menos desenvolvidas tem sido questionada e precisa ser revisada. Dados de estudos populacionais, que são menos predispostos a sub-registro de nascidos vivos, indicaram consistentemente uma taxa mais alta de BPN na cidade de Ribeirão Preto, mais desenvolvida, do que na cidade menos desenvolvida de São Luís. Não fica claro que esse paradoxo é um verdadeiro efeito epidemiológico, pois esse fenômeno assemelha ao descrito em países de primeiro mundo, donde a ampliação das taxas de BPN tem sido associado a intervenções médicas crescentes (SILVA *et al.*, 2010).

A prematuridade é um tema de extraordinária estima no mundo todo, e é uma prioridade em Saúde Pública, por ser a causa mais importante de óbito neonatal e a

segunda causa principal de óbito em crianças menores de 5 anos (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

A prematuridade é ponderada pela OMS como dificuldade mundial, sobretudo por sua analogia com a mortalidade neonatal. O Brasil encontra-se entre os dez países com as taxas mais significativas, as quais são responsáveis por 60% dos nascimentos prematuros do mundo. De acordo com a OMS, em 2008, o principal agente de morte de crianças com menos de 5 anos estava relacionado ao nascimento prematuro. No Brasil, atualmente, a mortalidade neonatal está associada à prematuridade e é responsável por quase 70% dos óbitos no primeiro ano de vida, e se tornou desafiador o cuidado adequado ao RN com intuito de reduzir os índices de mortalidade infantil (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

As chances para indicação de cesárea aumentaram de acordo com melhor coeficiente socioeconômico, consultas de pré-natal adequadas, as primigestas, as multigestas e nas gestações gemelares, reconhecendo que tal indicação não se fundamentou apenas em normas técnicas, mas também em razões sem embasamento científico. As mulheres que realizaram menor quantidade de consultas de pré-natal se depararam com menor risco para a cesariana. Quanto menor o número de atendimentos pré-natal, maiores foram as chances de parto vaginal (CARNIEL; ZANOLLI; MORCILLO, 2007).

Diante destes pressupostos envolto de aspectos sociais, culturais, políticos e estratégicos, este estudo tem como objetivo correlacionar o BPN e a prematuridade com a realização de cesariana, no período compreendido entre 1998 a 2017.

2 METODOLOGIA

2.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo ecológico, realizado com base nos dados secundários disponíveis no banco de dados do SINASC. Tal base de dados é determinada pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em colaboração com o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi). O

SINASC é um sistema que possibilita uma contribuição expressiva de dados acerca de nascidos vivos, com suas características mais significantes.

Tem abordagem quantitativa, a qual tem suas raízes no pensamento positivista lógico, consiste em enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre suas variáveis (MINGOTI, 2005).

O SINASC foi escolhido como banco de dados, pois este fornece uma contribuição significativa de dados sobre nascidos vivos, com suas principais características, como sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto, peso ao nascer, entre outras.

O SINASC, propagado no Brasil a partir de 1990 pelo MS, emprega como instrumento de coleta de dados a Declaração de Nascidos Vivos, documento particularizado e padronizado, com dados constitucionais da mãe e do nascimento (MELO; MATHIAS, 2010).

Elementos do SINASC, como tipo de parto, quantidade de consultas de pré-natal, peso ao nascer e características socioeconômicas têm sido empregadas como indicadores de saúde da mãe, do RN e, por conseguinte, da comunidade onde vivem. A exposição e análise destes elementos beneficiam, ainda, a compreensão das mudanças no perfil de saúde e doença, no tempo e no espaço, e ajudam na ponderação de avanços ou retrocessos na disponibilidade e atributo dos serviços de saúde, divulgando prováveis desigualdades nas condições de vida da população (SOUZA JUNIOR, 2007).

A população estudada é composta de todos os registros dos nascidos vivos no período compreendido entre os anos de 1998 a 2017, correspondendo a um período de 20 anos. De tal modo, neste estudo são considerado baixo-peso ao nascer peso quando menor que 2.500 gramas e prematuridade o nascimento com idade gestacional menor que 37 semanas de gestação.

2.2 ANÁLISE DE DADOS

Os dados utilizados inicialmente foram organizados no programa Excel para Windows no qual foi possível calcular as taxas de cesariana, BPN e prematuridade do

estabelecido e, posteriormente, analisados no programa estatístico Stata 13.0. Onde foram realizadas análises de tendência temporal por meio de regressão linear, após teste de correlação dos erros-padrão ao longo do tempo, utilizando o teste de Breusch Godfrey.

Na análise de regressão linear as taxas de cesariana, BPN e prematuridade foram consideradas como variáveis dependentes e os anos do período foram considerados como variável independente.

Com o intuito de estimar o acréscimo ou decréscimo das taxas de cesariana, BPN e prematuridade do período estudado foram expostos os coeficientes de regressão, seus intervalos de confiança de 95% e os referentes valores-p. Sobretudo, foi calculada a variação anual percentual por meio da razão do coeficiente de regressão em relação às taxas de cesariana, BPN e prematuridade no início do período analisado. Foram consideradas significativas as variações nas taxas que apresentarem valor de $p \leq 0,05$ na regressão linear.

Foi calculada a correlação através do teste de correlação de Pearson. Considerando que valores de r igual ou próximos de 1 ou -1 indica que existe uma forte correlação entre as variáveis, sendo que no primeiro caso a relação é direta, enquanto no segundo a relação é inversa e valores próximos de zero evidenciam pouca ou nenhuma correlação entre as variáveis.

2.3 ETICIDADE EM EQUIPES

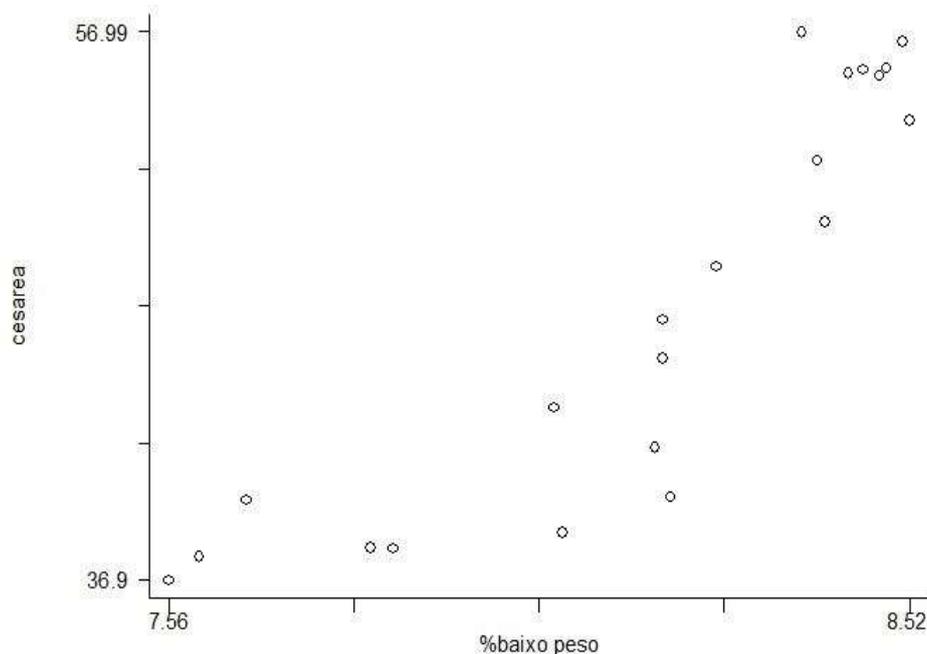
Trata-se de uma pesquisa que utilizou excepcionalmente dados secundários de domínio público, diante do exposto este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos (CEP), de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

Correlações significantes (r) foram observadas entre os escores cesárea gerais e os scores bebês de BPN e prematuros do ano de 1998 a 2017. Foi identificada correlação em ambos e os scores apresentaram-se significativamente altos, evidenciando que o

aumento das cesáreas implica diretamente com o aumento de BPN e prematuridade. As correlações são significantes e altas, apresentando uma forte correlação e positiva através dos dados obtidos entre os scores cesárea e BPN, e prematuros e os valores foram de 0.8870 e 0.8868 respectivamente.

Gráfico 1– Correlação cesárea com baixo peso.



Fonte: autoria própria, elaborado no programa estatístico *Stata13.0*.

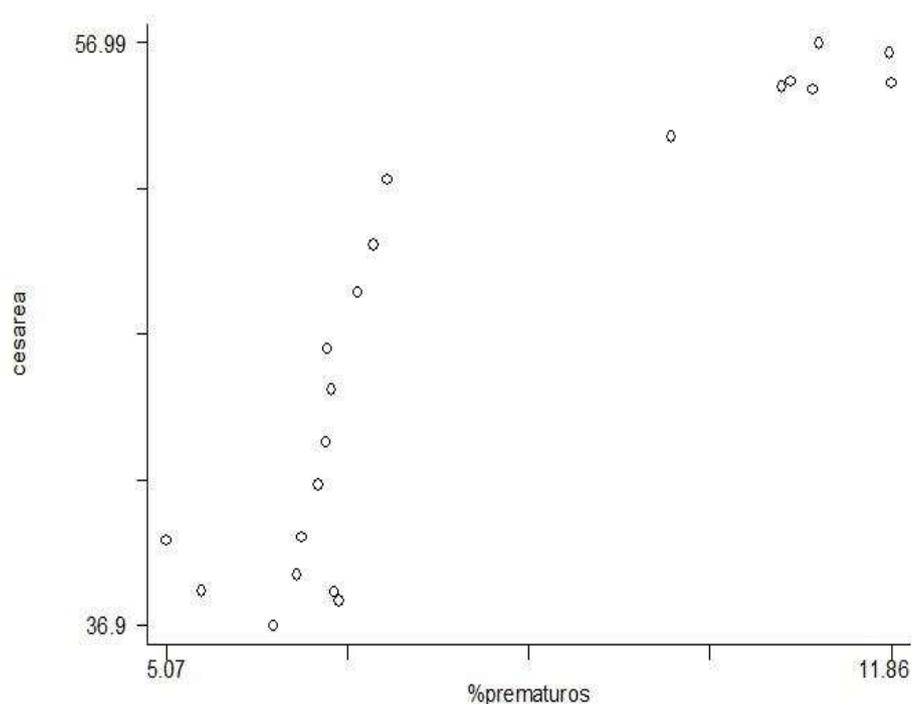
Tabela 1 –Dados analisados de cesárea com prematuros.

CESÁREA - BAIXO PESO	
Cesárea	1.0000
Baixo peso	0.8870 - 1.0000

Fonte: autoria própria, elaborado no programa estatístico *Stata13.0*.

O gráfico 1e a tabela 1 apontam a existência de uma forte e positiva correlação quando correlacionamos os scores cesárea (1.000) com BPN e apresenta correlação significante, forte e positiva de 0,8870 quando analisados no programa estatístico *Stata 13.0*.

Gráfico 2 – Correlação cesárea com prematuros.



Fonte: Autoria própria, elaborado no programa estatístico *Stata* 13.0.

Tabela 2 – Dados analisados de cesárea com prematuros.

CESÁREA - BAIXO PESO	
Cesárea	1.0000
Prematuridade	0.8868 - 1.0000

Fonte: Autoria própria, elaborado no programa estatístico *Stata*13.0

Entre os diversos recortes possíveis na análise da questão de associação da cesárea com o BPN e a prematuridade, o estudo apontou forte influência da escolha da via de parto para complicações apresentadas ao RN no Brasil.

O estudo mostrou associação do parto cesáreo de forma eletiva, com melhores condições socioeconômicas da população. A baixa cobertura de consultas de pré-natal mostrou associação positiva em relação a idade, escolaridade e paridade da mãe, com a mortalidade infantil e com a cobertura de ESF (MELO *et al.*, 2013).

Entre os anos de 1995 a 2007 não houve tendência significativa da taxa de BPN e isso foi evidente no Brasil em todos os estados. Entre 1995 a 2000, houve uma diminuição, depois até 2003 permaneceu praticamente estável a partir de então. No entanto, as tendências variaram entre as regiões brasileiras. Ocorreram aumentos

significativos na região Norte entre 1999 e 2006 e na região Sul e Centro-Oeste entre 1995 e 2007. De tal modo, as regiões brasileiras parecem estar em diferentes estágios da transição epidemiológica perinatal. As taxas de BPN ainda estão aumentando em algumas regiões, enquanto se estabilizaram em outras. Um aumento na taxa de BPN também foi descrito em países desenvolvidos, nos anos acima citados, como os Estados Unidos da América (EUA) e o Canadá (SILVA *et al.*, 2010).

Estudo de Karlström; Lindgren; Hildingsson (2013), os bebês nascidos por cesariana tiveram mais complicações, como BPN e prematuridade, quando relacionado ao parto vaginal nesse estudo, independentemente de a cirurgia ter sido realizada com base na solicitação da mãe (sem indicação médica relatada) ou ter ocorrido após o início espontâneo do trabalho de parto.

O alto nível socioeconômico está ligado diretamente a um progresso desfavorável, visivelmente, diante da proporção de prematuros, tendência provocada intrinsecamente pela escolha da via cesárea e levando um aumento da proporção das cesarianas. Uma pesquisa envolvendo nascidos vivos em unidade hospitalar do Recife, em Pernambuco (1991-2000), concluiu uma relação pela tendência progressiva das taxas de cesarianas, de BPN e de prematuridade. Nessa pesquisa, a maior representatividade de BPN (22,8%) ocorreu no ano de 2000, e uma elevada taxa de cesáreas, variando de 29,4% em 1993 a 35,2% em 2000. Tais resultados mostram relações em que o aumento do número de cesarianas e da prematuridade se agrega ao aumento das magnitudes de BPN (MORAES *et al.*, 2011).

Uma justificativa possível para o aumento das proporções de BPN ou prematuridade é a cessação da gestação pela indicação ou solicitação da gestante do parto cesariano, tem-se tornado cada vez mais frequente (MORAES *et al.*, 2011).

A forma ideal para os que acreditam ser trabalho de parto prematuro é controversa. As alegações de que o parto prematuro que foi planejado por cesariana reduz as chances de morte fetal ou neonatal, bem como trauma no nascimento, o que na verdade foram atendidas por contra alegações de que essa política leva ao alto risco de grave morbidade para mãe e bebê. Em estudo realizado em 1991 não foi evidenciado que a cesariana possa ser algo protetor para os RNs prematuros, especialmente para bebês com muito baixo peso (menos de 1500 g), porém os mesmos pesquisadores em 2009, na continuidade longitudinal do estudo, publicaram evidências adicionais de

que, para neonatos prematuros intermediários ou tardios de baixo risco (32 a 36 semanas), a cesárea primária pode acarretar mortalidade e morbidade neonatal, como hipoplasia pulmonar, enterocolite necrotizante ou sepse (ALFIREVIC; MILAN; LIVIO, 2012).

4 CONCLUSÃO

Hoje pouco se questiona sobre a importância de compreender os fatores que levam a prematuridade e o BPN, sendo essencial o desenvolvimento de programas e intervenções de saúde pública eficazes para reduzir a ocorrência de desfechos desfavoráveis ao nascimento.

Deve-se dizer, ainda, que é necessário investigar mais os fatores associados à prematuridade e BPN e fortalecer a utilização do pré-natal de qualidade pelas mulheres, garantindo o acesso a uma atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério.

Oportuno se torna também mencionar que o tema deve continuar a ser investigado, pois pode ser útil para informar governos e parceiros locais e internacionais, colaborando para reduzir os índices de prematuridade e BPN.

Portanto, resta admitir que os valores que foram analisados e correlacionados mostraram que o aumento da cesárea está intrinsecamente correlacionado com os RNs de baixo peso e a prematuridade, uma vez que número de cesárea aumenta a prematuridade e o baixo peso aumentam juntos, de acordo com os dados da correlação de Pearson que se mostrou positivo e forte, destarte, implicando diretamente com um grande problema de saúde pública, visto que no ano de 2017 essa porcentagem vem progredindo novamente.

REFERÊNCIAS

ALFIREVIC, Z.; MILAN, S.J.; LIVIO, S. Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, 2012.

CARNIEL, E. F.; ZANOLLI, M. L.; MORCILLO, A. M. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). **Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia**, v. 29, n. 1, p. 34-40, 2007.

GUIMARÃES, E. A. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 91-98, 2017.

KARLSTRÖM, A.; LINDGREN, H.; HILDINGSSON, I. Maternal and infant outcome after caesarean section without recorded medical indication: findings from a Swedish case-control study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 120, n. 4, p. 479-486, 2013.

MELO, E. C. *et al.* Fatores relacionados ao parto cesáreo, baixa cobertura de pré-natal e baixo peso ao nascer. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 2, n. 01, 2013.

MELO, E. C.; MATHIAS, T. A. F. Distribuição e autocorrelação espacial de indicadores da saúde da mulher e da criança, no Estado do Paraná, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1-10, 2010.

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada**: uma abordagem aplicada. UFMG, 2005.

MORAES, A. B. *et al.* Tendência da proporção de baixo peso ao nascer, no período de 1994-2004, por microrregião do Rio Grande do Sul, Brasil: uma análise multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 229-240, 2011.

MOREIRA, A. I. M.; SOUSA, P. R. M.; SARNO, F. Baixo peso ao nascer e seus fatores associados. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 4, 2018.

OLIVEIRA, L. L. *et al.* Maternal and neonatal factors related to prematurity. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 382-389, 2016.

SILVA, A. A. M. *et al.* O paradoxo epidemiológico do baixo peso ao nascer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 767-775, 2010.

SOUZA JUNIOR, J. C. *et al.* Inverse equity and inequalities in the use of technology in childbirth, in Santa Catarina, Brazil, 2000 to 2004. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 4, p. 397-403, 2007.

CORRELAÇÃO ENTRE OS SINTOMAS CLIMATÉRICOS E A FUNCIONALIDADE EM MULHERES DE MEIA-IDADE

Natália de Oliveira Ribeiro

UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Fisioterapia
natalia.olribeiro@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5021537174100659>

Aline Medeiros Cavalcanti da Fonsêca

UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Fisioterapia
alinemeca@gmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1466918163562374>, ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-3394-2112>

O climatério, fase biológica da vida, é caracterizado pelo declínio da produção de estrogênio pelos ovários, o que gerará uma série de sintomas capazes de afetar diversos aspectos da vida das mulheres, inclusive sua capacidade funcional. Diante disso, foi realizado um estudo observacional analítico-descritivo de caráter transversal, com o objetivo de avaliar a influência dos sintomas climatéricos sobre a funcionalidade em mulheres de meia-idade. Foram avaliadas mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde dos municípios de Natal e Parnamirim-RN, com idade entre 40 e 65 anos, e aplicada uma ficha de avaliação contendo dados de identificação e sociodemográficos. Para a avaliação da sintomatologia climatérica, utilizou-se a *Menopause Rating Scale* (MRS), e, para avaliar a funcionalidade, utilizou-se a *Short Physical Performance Battery* (SPPB). Para medir o grau de correlação entre as variáveis, foi utilizado o teste de correlação de Pearson, adotando-se um nível de significância ou p valor de 0,01. Participaram do estudo 33 mulheres, com idade média de 45,9 ($\pm 6,37$) anos. Houve correlação negativa e forte entre o desempenho físico e a sintomatologia climatérica ($r = -0,79$; $p < 0,0001$), resultado que leva a concluir que as mulheres que apresentaram maior intensidade de sintomas climatéricos obtiveram piores escores no teste de desempenho físico.

Palavras-chave: Climatério. Menopausa. Aptidão física.

The climacteric, a biological phase of life, is characterized by estrogen's production decline by the ovaries, which will generate a series of symptoms capable of affecting various aspects of woman's life, including her functional capacity. Therefore, an observational analytical-descriptive cross-sectional study was carried out, with the objective of evaluating the influence of climacteric symptoms on middle-aged women's functionality. Female users of the Unified Health System in the municipalities of Natal and Parnamirim-RN, aged between 40 and 65 years, were analysed and an evaluation form containing identification and sociodemographic data was applied. For the assessment of climacteric symptoms, the Menopause Rating Scale (MRS) was used whereas the Short Physical Performance Battery (SPPB) was used to assess functionality. To measure the degree of correlation between the variables, Pearson's correlation test was selected, adopting a significance level or p value of 0.01. The study included 33 women, with an average age of 45.9 (± 6.37) years. There was a negative and strong correlation between physical performance and climacteric symptoms ($r = -0.79$; $p < 0.0001$), a result that leads to the conclusion that women who presented higher intensity of climacteric symptoms had worse scores in the physicist performance test.

Keywords: Climacteric. Menopause. Physical fitness.

1 INTRODUÇÃO

O climatério, fase biológica da vida da mulher, é definido como o período compreendido entre o final da fase reprodutora até a senilidade. Acontece devido à redução gradativa das respostas dos ovários às gonadotrofinas que estimulam a produção dos hormônios ovarianos (estrógeno, progesterona e andrógenos), gerando, conseqüentemente, a diminuição desses hormônios no organismo (BARACHO *et al.*, 2012). A menopausa é um marco nesse período, caracterizada pela cessação permanente da menstruação, somente reconhecida após 12 meses consecutivos de amenorreia (BRASIL, 2008).

Os hormônios ovarianos atuam em diversas funções do organismo, e sua deficiência, conhecida como hipoestrogenismo, provocará a síndrome climatérica responsável por alterações sistêmicas importantes, principalmente nos tecidos que apresentam receptores para este hormônio. Desse modo, o sistema nervoso central, o musculoesquelético, o cardiovascular, o aparelho urogenital e a pele são os principais atingidos (SÁ; ABREU, 2011).

Nesse processo, são observadas intensas modificações físicas, psicológicas, somáticas, vasomotoras e urogenitais (BLÜMEL *et al.*, 2011; LORENZI; SACIOTO, 2006). Entre as mais evidentes, estão: fogachos, sudorese noturna, disfunção sexual, enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico, labilidade do humor, depressão, ansiedade e insônia (BLÜMEL *et al.*, 2011).

Neste período, também são constatadas modificações na composição corporal, uma vez que o estrógeno possui papel fundamental sobre o anabolismo muscular e a manutenção da densidade óssea (VAN GEEL *et al.*, 2009). Essas modificações irão predispor a redução da densidade mineral, devido ao desequilíbrio entre a formação e a reabsorção óssea, assim como ao aumento da gordura corporal, com redução da massa magra, também denominada de sarcopenia (IANNUZZI-SUCICH; PRESTWOOD; KENNY, 2002).

De acordo com o Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas, a palavra “sarcopenia” refere-se à síndrome geriátrica caracterizada por declínio progressivo de massa, força e capacidade funcional do músculo esquelético. Pode ser classificada como primária, quando nenhuma outra causa é evidente além do

envelhecimento em si, ou secundária, quando, além do envelhecimento, outra causa está presente, como dieta inadequada, restrição ao leito, entre outras (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2010).

Os mecanismos pelos quais as diminuições dos níveis de estrogênio levam a um efeito negativo na massa muscular não são bem compreendidos. Os estudos sugerem que a ação desse hormônio na preservação ou aumento da massa muscular ocorra uma vez que há receptores alfa de estrogênio na membrana celular, no citoplasma e na membrana nuclear do músculo esquelético (BROWN, 2008). Também é estabelecido, que a depleção de estrogênio durante a transição da menopausa aumenta o estresse oxidativo, de modo que as espécies reativas de oxigênio induzem a disfunção mitocondrial e a alteração da síntese proteica, o que resulta na redução da função do músculo esquelético (DORIA *et al.*, 2012).

Rolland e col. (2007) afirmam que, após a menopausa, há um declínio de 0,6% ao ano na massa muscular. Ocorrem também alterações nas características do tecido muscular durante a menopausa, sendo observado nessas mulheres o dobro da quantidade de tecido muscular não-contrátil, como a gordura intramuscular, em comparação com mulheres mais jovens (JUBRIAS *et al.*, 1997).

Quanto a densidade mineral óssea (DMO), a diminuição dos níveis de estrogênio provoca a redução da atividade dos osteoblastos; por outro lado, gera o aumento da atividade dos osteoclastos. Por esse motivo, ocorre a desmineralização óssea, com alta remodelação, o que gerará a osteopenia, e caso o processo de deterioração continue, instala-se a osteoporose (HEANEY; RECKER; OMAHA, 2009). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a osteoporose é definida como doença caracterizada por diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, levando à fragilidade mecânica (KANIS *et al.*, 2009).

O pico de massa óssea é atingido por volta dos 30 anos. Após essa idade, começa a haver um pequeno declínio de, aproximadamente, 0,7% ao ano. Essa queda se acentua em torno dos 49 anos, devido ao hipoestrogenismo, responsável pela perda de massa óssea num percentual que atinge cerca de 2 a 3% ao ano, nos 10 primeiros anos após a menopausa (CLAASSEN *et al.*, 2006). No Brasil, os estudos mostram que a incidência da osteoporose pode variar de 13,9 a 28,8%, em mulheres acima de 50 anos (BANDEIRA; CARVALHO, 2007).

Essas modificações, em conjunto, podem interferir sobre a capacidade funcional, definida como a capacidade do indivíduo em manter competência, habilidades físicas e mentais para um viver independente e autônomo (REIS; MARINHO; LIMA, 2014). O que poderá predispor essas mulheres a maiores riscos de queda, fratura, incapacidade, dependência funcional, hospitalizações recorrentes e mortalidade, com graves repercussões na saúde pública e qualidade de vida dessa população (SÁ; ABREU, 2011).

2 METODOLOGIA

A pesquisa caracterizou-se por ser do tipo observacional analítico-descritiva, de caráter transversal. A população foi composta por mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde dos Municípios de Natal e Parnamirim, atendidas no Centro de Saúde do Bairro de Candelária, no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), no Laboratório Multiprofissional de Pesquisa Clínica e Epidemiológica (PESQCLIN), localizado no Hospital Universitário Onofre Lopes e na Maternidade Divino Amor. Para compor a amostra, foram selecionadas mulheres com idades entre 40 e 65 anos dentre aquelas que, após o convite, aceitaram participar do estudo.

Para composição da amostra, foram adotados como critérios de inclusão: mulheres com idade entre 40 e 65 anos; que não apresentavam alterações neurológicas e/ou musculoesqueléticas que impossibilitassem a realização das avaliações e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas as mulheres que, durante a entrevista, não conseguiram compreender as instruções da coleta para a realização dos testes e/ou se recusaram a completar todas as fases da entrevista, a qual foi realizada em um único dia.

Para realizar a avaliação, as mulheres foram convidadas a participar voluntariamente da pesquisa, e posteriormente foi apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A partir de então, foi aplicada a ficha de avaliação, que incluiu dados de identificação e sociodemográficos.

Na sequência, para a avaliação da sintomatologia climatérica, foi utilizada a Menopause Rating Scale (MRS), que tem o objetivo de medir a gravidade dos sintomas do envelhecimento feminino e o seu impacto na área da saúde e qualidade de vida. Essa

escala é composta por 11 questões, distribuídas em três domínios de sintomas independentes: somato-vegetativos, psicológicos e urogenitais. Para a obtenção do escore total, é realizada a soma da pontuação em cada domínio. Quanto maior a pontuação atingida, mais severa a sintomatologia e pior a qualidade de vida, sendo categorizada em sintomatologia ausente ou ocasional (0-4 pontos), leve (5-8 pontos), moderada (9-15 pontos) ou severa (> 16 pontos) (HEINEMANN *et al.*, 2004).

Como forma de avaliar o desempenho físico dos membros inferiores, foi aplicada a *Short Physical Performance Battery* (SPPB), uma bateria de testes de medidas do desempenho físico desenvolvida por Guralnik e col. (1995) e adaptada à cultura brasileira por Nakano (2007). Este instrumento consiste na combinação de testes para medidas do equilíbrio estático em pé, da velocidade da marcha em passo habitual, medida em dois tempos, e da força muscular estimada de membros inferiores, medida por meio do movimento de sentar-se e levantar de uma cadeira. Para a interpretação da SPPB, considerou-se a seguinte graduação: 0 a 3 pontos, quando se é incapaz ou se mostra desempenho muito ruim; 4 a 6 pontos, que representa baixo desempenho; 7 a 9 pontos, em caso de moderado desempenho, e 10 a 12 pontos, quando se apresenta bom desempenho (NAKANO, 2007).

Para realização da análise estatística, foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 para Windows. Para verificar a distribuição dos dados, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, que apresentou distribuição normal. Na análise descritiva dos dados quantitativos, foram usadas medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão), e, para os dados categóricos, frequências absolutas e relativas. Para medir o grau de correlação entre as variáveis, foi utilizado o teste de correlação de Pearson, expresso pelo “r de Pearson”, e utilizado um nível de significância ou p valor de 0,01.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) como parte da pesquisa intitulada *Atenção Integral à mulher no Climatério – ensaio clínico controlado randomizado*, sendo aprovado sob o protocolo de número 1.529.531.

Foram respeitados e garantidos a autonomia e o anonimato das voluntárias, assegurando a privacidade quanto à confidencialidade dos dados coletados, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. As participantes foram

esclarecidas a respeito dos procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de serem admitidas na pesquisa.

3 RESULTADOS

Inicialmente, foram entrevistadas 44 mulheres. Dessas, 11 foram excluídas da pesquisa após o final da coleta, por não se enquadrarem nos critérios de inclusão ou apresentarem questionários incompletos. Restaram, portanto, 33 mulheres, as quais estão caracterizadas na Tabela 01.

Tabela 01 – Caracterização sociodemográfica, ginecológica, reprodutiva e climatérica da amostra (n= 33).

Dados Sociodemográficos	Abs.	%
Faixa etária		
≤ 49 anos	11	33,33
> 49 anos	22	66,67
Renda familiar		
≤ a 3 SM	24	72,73
> 3 SM	9	27,27
Escolaridade		
Ens. médio incompleto	15	45,45
Ens. médio comp.	18	54,55
Exercício Físico Regular		
Não pratica	23	69,70
Pratica	10	30,30

Fonte: autoria própria.

Na Tabela 2, encontram-se os percentuais de mulheres classificadas em cada uma das categorizações da SPPB e da MRS. O escore da SPPB teve média de 9,85 (\pm 1,5), que indica moderado desempenho. O escore geral da MRS, em relação à sintomatologia climatérica, teve média de 14,03 (\pm 7,91), valor que sugere uma sintomatologia moderada.

Tabela 02 – Caracterização da amostra quanto à funcionalidade e sintomatologia climatérica (n=33).

<i>Especificação</i>	%
SPPB	
Dependentes	0
Baixo desempenho	0
Moderado desempenho	36,37
Bom desempenho	63,63
MRS	
Ausente ou ocasional	9,09
Leve	18,18
Moderada	36,36
Severa	36,36

Fonte: autoria própria.

Os coeficientes de correlação e nível de significância entre a SPPB e a MRS são apresentados na Tabela 3. Pode-se observar que houve correlação negativa, forte e estatisticamente significativa entre a funcionalidade e os sintomas climatéricos.

Tabela 03 – Correlação entre funcionalidade e sintomatologia climatérica (n=33).

	MRS
SPPB	r= -0,79 (p < 0,0001)

Fonte: Autoria própria.

4 DISCUSSÃO

No estudo de Rocha e col. (2014), que avaliou a sintomatologia climatérica em 340 mulheres entre 40 a 65 anos, os autores apontaram média de 14,94 (\pm 8,68) na MRS, valor que indica sintomatologia moderada, muito semelhante ao encontrado neste trabalho (14,03 \pm 7,91). O estudo afirma ainda que esses sintomas estão diretamente associados ao risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo observado que, quanto maiores os valores obtidos na circunferência abdominal, maior seria a tendência de as mulheres relatarem sintomas climatéricos como a dispneia, ansiedade, calores, suores e problemas musculares e articulares, uma vez que o depósito da massa gorda se faz não apenas no tecido adiposo, como também em torno de alguns órgãos e tecidos magros. Os autores explicam que esse acúmulo de gordura

na região abdominal está intrinsecamente relacionado à menopausa, devido à deficiência hormonal e ao sedentarismo.

Quando se analisou o desempenho funcional, os resultados encontrados classificaram 63,63% da amostra com bom desempenho na SPPB, fato que pode ser explicado pela amostra ter sido composta por mulheres mais jovens, as quais não apresentavam comprometimentos importantes na função. Dias e col. (2014) explicam que, inicialmente, os comprometimentos funcionais estão restritos às atividades avançadas de vida diária, seguidos das atividades instrumentais de vida diária e, posteriormente, das atividades básicas da vida diária (ABVDs). No entanto, o teste utilizado para avaliar o desempenho físico, SPPB, inclui especialmente ABVDs, como a velocidade da marcha, que são acometidas mais tardiamente em decorrência do envelhecimento natural ou dos agravos à saúde, que não era o caso dessa amostra.

A frequência dos sintomas climatéricos apresenta alta prevalência nessa população e pode estar associada a alterações na função e estrutura do organismo humano. Por isso, este estudo se destinou a avaliar as correlações entre a sintomatologia climatérica e o estado funcional em mulheres de meia idade e obteve como resultado que o estado funcional está negativamente correlacionado com a sintomatologia climatérica. Isso implica dizer que, à medida em que a frequência dos sintomas climatéricos aumentou na amostra estudada, piores foram os escores obtidos no teste de desempenho físico através da SPPB.

A confirmar tal teoria, de que os sintomas da menopausa parecem correlacionar-se com o pior desempenho físico, Lee e Lee (2013), em seu estudo, investigaram a relação entre a gravidade dos sintomas da menopausa e a força e qualidade muscular em 148 mulheres na peri e pós-menopausa. A partir dos resultados, foi possível observar que, à medida em que os sintomas da menopausa pioram, a força diminui gradualmente, exibindo uma correlação negativa entre sintomas e força muscular na menopausa.

5 CONCLUSÃO

Tendo em vista os resultados apresentados, é possível inferir que existe correlação negativa e forte entre a sintomatologia climatérica e o desempenho físico

em mulheres de meia idade, de modo que aquelas que apresentaram maiores intensidades dos sintomas obtiveram piores escores no teste de função física.

Ainda que possamos considerar os resultados do presente estudo relevantes, precisamos analisá-los à luz de suas limitações, tendo em vista a exiguidade da amostra, bem como o seu caráter transversal, a partir do qual não é possível estabelecer uma relação de causalidade entre as variáveis estudadas. Também em virtude do desenho deste estudo, é possível que algumas mulheres tenham sido incluídas em uma categoria de sintomas diferente da qual ela realmente pertença, já que eles podem sofrer influências de fatores externos, como os ambientais e socioculturais, levando a uma alteração temporária dos sintomas.

Desse modo, pesquisas com desenhos longitudinais podem oferecer novos horizontes sobre os processos fisiológicos relacionados à funcionalidade durante esse período.

Entretanto, o método aplicado neste estudo mostrou-se válido para avaliar a correlação entre as variáveis pesquisadas e constitui-se em uma ferramenta adaptável para distintas populações de mulheres climatéricas, já que apresenta fácil compreensão, execução, bem como baixo custo.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, F.; CARVALHO, E. F. Prevalência de osteoporose e fraturas vertebrais em mulheres na pós-menopausa atendidas em serviços de referência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 86-98, mar. 2007. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2007000100010>. Acesso em: 15 mai. 2020.

BARACHO, E.; CASTRO, E.; ALMEIDA, M. B. A.; GUIMARÃES, T. A. Fisioterapia no Climatério. In: BARACHO, Elza. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 217-228.

BLÜMEL, J. E.; CHEDRAUI, P.; BARON, G.; BELZARES, E.; BENCOSME, A.; CALLE, A. *et al.* A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. **Menopause**, [S.l.], v. 18, n. 7, p. 778-785, jul. 2011. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/gme.0b013e318207851d>. Acesso em: 02 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no**

Climatério/Menopausa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BROWN, M. Skeletal muscle and bone: effect of sex steroids and aging. **Ajp:**

Advances in Physiology Education, [S.l.], v. 32, n. 2, p. 120-126, 1 jun. 2008.

American Physiological Society. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1152/advan.90111.2008>. Acesso em: 20 jun. 2020.

CLAASSEN, H.; MATTHIAS, S.; MICHAEL, S.; BODO, K. Influence of 17 β -estradiol and insulin on type II collagen and protein synthesis of articular chondrocytes. **Bone**, [S.l.], v. 39, n. 2, p. 310-317, ago. 2006. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bone.2006.02.067>. Acesso em: 22 mai. 2020.

CRUZ-JENTOFT, A. J.; BAEYENS, J. P.; BAUER, J. M.; BOIRIE, Y.; CEDERHOLM, T.; LANDI, F. *et al.* Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. **Age and Ageing**, [S.l.], v. 39, n. 4, p. 412-423, 13 abr. 2010. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afq034>. Acesso em: 13 mai. 2020.

DIAS, E. G.; DUARTE, Y. A. O.; MORGANI, M. H.; LEBRÃO, M. L. As Atividades avançadas de vida diária como componente da avaliação funcional do idoso. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 225-232, 19 dez. 2014. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i3p225-232>. Acesso em: 05 mai. 2020.

DORIA, E.; BUONOCORE, D.; FOCARELLI, A.; MARZATICO, F. Relationship between Human Aging Muscle and Oxidative System Pathway. **Oxidative Medicine and Cellular Longevity**, [S.l.], v. 2012, p. 1-13, 2012. Hindawi Limited. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/c8de/832b80600586fc6e9435e1f178de940f4be8.pdf?ga=2.29413753.715089552.1600616784-436085528.1600616784>. Acesso em: 03 mai. 2020.

GURALNIK, J. M.; FERRUCCI, L.; SIMONSICK, E. M.; SALIVE, M. E.; WALLACE, R. B. Lower-Extremity Function in Persons over the age of 70 Years as a Predictor of Subsequent Disability. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 332, n. 9, p.556-562, 2 mar. 1995. New England Journal of Medicine (NEJM/MMS). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1056/nejm199503023320902>. Acesso em: 22 mai. 2020.

HEANEY, R. P.; RECKER, R. R.; OMAHA, P. D. Saville. Menopausal changes in calcium balance performance. **Nutrition Reviews**, [S.l.], v. 41, n. 3, p. 86-89, 27 abr. 2009. Oxford University Press (OUP). Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-4887.1983.tb07709.x>. Acesso em: 10 jun. 2020.

HEINEMANN, K.; RUEBIG, A.; POTTHOFF, P.; SCHNEIDER, H. P. G.; STRELOW, F.; HEINEMANN, L. A. J. *et al.* The Menopause Rating Scale (MRS) scale: A methodological review. **Health and Quality of Life Outcomes**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 45-45, 2004. Springer Nature. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-2-45>. Acesso em: 12 jun. 2020.

IANNUZZI-SUCICH, M.; PRESTWOOD, K. M.; KENNY, A. M. Prevalence of Sarcopenia and Predictors of Skeletal Muscle Mass in Healthy, Older Men and Women. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, [S.l.], v. 57, n. 12, p. 772-777, 1 dez. 2002. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/57.12.m772>. Acesso em: 20 mai. 2020.

JUBRIAS, S. A.; ODDERSON, I. R.; ESSELMAN, P. C.; CONLEY, K. E. Decline in isokinetic force with age: muscle cross-sectional area and specific force. **Pflügers Archiv European Journal of Physiology**, [S.l.], v. 434, n. 3, p. 246-253, 16 jun. 1997. Springer Nature. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s004240050392>. Acesso em: 17 mai. 2020.

KANIS, J. A.; MELTON, L. J.; CHRISTIANSEN, C.; JOHNSTON, C. C.; KHALTAEV, N. The diagnosis of osteoporosis. **Journal of Bone and Mineral Research**, [S.l.], v. 9, n. 8, p. 1137-1141, 3 dez. 2009. Wiley-Blackwell. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/jbmr.5650090802>. Acesso em: 13 mai. 2020.

LEE, J. Y.; LEE, D. C. Muscle strength and quality are associated with severity of menopausal symptoms in peri- and post-menopausal women. **Maturitas**, [S.l.], v. 76, n. 1, p. 88-94, set. 2013. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.06.007>. Acesso em: 20 mai. 2020.

LORENZI, D. R. S.; SACIOTO, B. Freqüência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.l.], v. 52, n. 4, p. 256-260, ago. 2006. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302006000400027>. Acesso em: 11 jun. 2020.

NAKANO, M. M. **Versão Brasileira da Short Physical Performance Battery – SPPB: Adaptação Cultural e Estudo da Confiabilidade**. 2007. 163 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Curso de Fisioterapia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/252485/1/Nakano_MarciaMariko_M.pdf. Acesso em: 02 jun. 2020.

UTIAN, W. H. The International Menopause menopause-related terminology definitions. **Climacteric**, [S.l.], v. 2, n. 4, p. 284-286, jan. 1999. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3109/13697139909038088>. Acesso em: 05 mai. 2020.

VAN GEEL, T. A.; GEUSENS P. P.; WINKENS, B.; SELS, J.P.; DINANT, G. J. Measures of bioavailable serum testosterone and estradiol and their relationships

with muscle mass, muscle strength and bone mineral density in postmenopausal women: a cross-sectional study. **European Journal of Endocrinology**, [S.l.], v. 160, n. 4, p. 681-687, 27 jan. 2009. BioScientifica. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1530/eje-08-0702>. Acesso em: 22 jun. 2020.

REIS, L. A.; MARINHO, M. S.; LIMA, P. V. Comprometimento da capacidade funcional: significados para o idoso e sua família. **Revista Interscientia**, João Pessoa, v. 2, n. 1, p. 108-121, abr. 2014. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/62/59>. Acesso em: 20 jun. 2020.

ROCHA, J. S. B.; ROCHA, N. G. S.; FREITAS, R. F.; MAIA, C. R. C.; SOBRINHO, J. S. R.; REIS, V. M. C. P. *et al.* Perfil antropométrico e qualidade de vida em mulheres climatéricas. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 43, n. 1, p. 60-64, 2014. Disponível em: <http://docplayer.com.br/41467922-Arquivos-catarinenses-de-medicina-perfil-antropometrico-e-qualidade-de-vida-em-mulheres-climatericas.html>. Acesso em: 11 jun. 2020.

ROLLAND, Y. M.; PERRY, H. M.; PATRICK P.; BANKS, W. A.; MORLEY, J. E. Loss of appendicular muscle mass and loss of muscle strength in young postmenopausal women. **The Journals of Gerontology Series A: medical sciences**, [S.l.], v. 62, n. 3, p. 330-335, 2007. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/62/3/330/655816>. Acesso em: 11 jun. 2020.

SÁ, M. F. S.; ABREU, D. C. C. O Enfoque Clínico no Climatério. *In*: FERREIRA, Cristine Homsy Jorge. **Fisioterapia na Saúde da Mulher: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 138-146.

DESIGUALDADES RACIAIS NA ASSISTÊNCIA À GESTANTE E À PARTURIENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Lívia Oliveira Moura dos Santos

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco, livia.oliveiramoura@ufpe.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8871287124673037>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8187-090X>

Willyanne Victhória e Figueiredo Luna

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco, willyanne.luna@ufpe.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4643717365765662>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0493-3129>

Wendson Batista Fonseca

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco, wendson.batista@ufpe.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1068569881946742>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6650-9019>

Maylle Tallyta Oliveira Cavalcante

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco, mayllecavalcante@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0807266656691275>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7103-2446>

Allâny Rebecka Nascimento de Sales

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco, allanyrsales@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5944793393083445>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4075-6913>

Celina Alves de Albuquerque Neta

FSM – Faculdade Santa Maria, celina.albuque@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9775989325648947>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0519-3425>

O racismo é um conjunto de ideologias, doutrinas e ideias que atribuem inferioridade a determinados grupos étnicos. Na assistência à gestante, mulheres negras são as que mais relatam ter sofrido algum tipo de hostilidade durante a gestação. Assim, esse trabalho busca identificar as formas de desigualdades raciais na assistência ao pré-natal e parto. O método de escolha para a elaboração da pesquisa foi a revisão integrativa. Buscou-se nas bases de dados BVS, SciELO e PubMed a partir da triagem de artigos selecionados entre 2015-2020. Os descritores utilizados foram: “Racism” and “Pregnancy”. Encontrou-se um total de 86 artigos, dos quais, apenas 12 se correlacionaram com o tema central. Constatou-se que mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade e recebem menos orientações. O direito ao acompanhante na ocasião do parto foi mais violado entre pretas e pardas. Destaca-se, ainda, uma menor aplicação de analgesia em gestantes pretas e pardas, como também uma menor exposição a intervenções, como uso de ocitocina, episiotomia e cesariana. Dessa forma, provou-se que a saúde da mulher negra é, por muitas vezes, negligenciada.

Palavras-chave: Pré-Natal. Racismo. Parto Obstétrico.

Racism is a set of ideologies, doctrines and ideas that attribute inferiority to certain ethnic groups. In assistance to pregnant women, black women are the ones who most report having suffered some type of hostility during pregnancy. Thus, this work seeks to identify the forms of racial inequalities in prenatal and childbirth care. The method of choice for the elaboration of the research was the integrative review. Publications were searched in the BVS, SciELO and PubMed databases. The publication interval was established between 2015-2020. The descriptors used were: “Racism” and “Pregnancy”. A total of 86 articles were found, of which, only 12 correlated with the central theme. It was found that black and brown women, in addition to prenatal care with fewer consultations and exams, are less connected to maternity and receive less guidance. The right to a companion at the time of delivery was more violated among black and mixed race women. Also noteworthy is a lesser application of analgesia in black and brown pregnant women, as well as less exposure to interventions, such as the use of oxytocin, episiotomy and cesarean section. Thus, it has been proven that the health of black women is often neglected.

Keywords: Prenatal. Racism. Obstetric Childbirth.

1 INTRODUÇÃO

O racismo se caracteriza como um conjunto de ideologias, doutrinas e ideias presentes na sociedade que atribuem inferioridade a determinados grupos étnicos, atuando, dessa forma, como motor de desigualdades que produzem condições precárias de existência às vítimas (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019). Representa uma ameaça nociva ao bem-estar por seu caráter de reação negativa, degradante e ameaçadora a uma característica pessoal imutável, o que resulta em exclusão, conflito e desvantagem em escala global (DOMINGUEZ *et al.*, 2008; PARADIES *et al.*, 2015).

Quanto a sua manifestação, o racismo pode emergir por meio de crenças, estereótipos, preconceitos ou discriminação, o que engloba variáveis que vão desde ameaças abertas e insultos a fenômenos profundamente enraizados em sistemas e estruturas sociais. Pode-se observá-lo em níveis: internalizado (a incorporação de atitudes, crenças ou ideologias racistas na visão de mundo de alguém), interpessoal (interações entre indivíduos) e sistêmico (por exemplo, o controle racista e o acesso ao trabalho, recursos materiais e simbólicos dentro de uma sociedade) (PARADIES *et al.*, 2015).

As consequências dessa problemática são diversas, como acesso reduzido a emprego, moradia e educação, maior exposição a fatores de risco (por exemplo, contato evitável com a polícia); processos cognitivos/emocionais adversos e psicopatologia associada; carga alostática e processos patofisiológicos concomitantes; diminuição da participação em comportamentos saudáveis (por exemplo, sono e exercícios) ou aumento do envolvimento em comportamentos não saudáveis (por exemplo, consumo de álcool), seja diretamente, como enfrentamento do estresse, ou indiretamente por meio de autorregulação reduzida; além de lesão física como resultado de violência com motivação racial (PARADIES *et al.*, 2015).

Do ponto de vista da saúde, todas as pessoas possuem o direito de usufruir uma assistência médica livre de discriminação e preconceito com base na cor, etnia, gênero, cultura, religião, idade, renda, condição de seguro, orientação sexual, estado civil ou qualquer outra característica individual (FITZGERALD *et al.*, 2017; LEAL *et al.*, 2017). Entretanto, recentemente, tem sido produzido um expressivo conjunto de evidências que apontam para importantes disparidades raciais no Brasil nas mais diversas

dimensões da vida social, incluindo educação, emprego e condições de moradia. As desigualdades por etnia/cor têm sido documentadas nas pesquisas em saúde com os segmentos socialmente menos favorecidos, como pretos, pardos e indígenas, apresentando níveis mais elevados de adoecimento e de morte por causas evitáveis, desde as doenças infecto-parasitárias até àquelas relacionadas à violência. Da mesma forma, estudos apontam para as influências etnia/cor no acesso aos serviços de saúde, bem como sua utilização (LEAL *et al.*, 2017).

Esse cuidado desigual e injusto também existe dentro do sistema de saúde materno-infantil e contribui com resultados perinatais insatisfatórios, não só para as mulheres afro-americanas, como também para seus bebês (ROBINSON *et al.*, 2019). É necessário salientar que 54% a 78% das mulheres grávidas pretas relatam sofrer discriminação racial, com a maior proporção ocorrendo na escola, na rua ou em um ambiente público (CHAMBERS *et al.*, 2020). Mulheres afro-americanas grávidas também relatam níveis mais elevados de sofrimento psicológico em comparação com mulheres brancas grávidas, o que pode ser devido à maior exposição à discriminação racial que tais mulheres são submetidas (GIURGESCU *et al.*, 2017). Em consonância, grávidas afro-americanas passam por um maior número de eventos na vida e ficam mais angustiadas com eles do que outros grupos raciais. Há também evidências sugerindo que o estresse pode ser mais prejudicial para a gravidez afro-americana (DOMINGUEZ *et al.*, 2008).

Com base em tais pressupostos, constata-se que o racismo e suas conseqüentes desigualdades se torna um problema de saúde pública, uma vez que ele pode impactar a saúde por meio de vários caminhos reconhecidos. Em se tratando de assistência à gestante, mulheres pretas são as que mais relatam ter sofrido algum tipo de hostilidade durante a gestação, tendo a autonomia sobre seu próprio corpo e sua capacidade de decidir a respeito de seus processos reprodutivos comprometidos (LEAL *et al.*, 2017; OLIVEIRA; KUBIAK, 2019). Assim, o presente trabalho busca identificar as formas de desigualdades raciais na assistência ao pré-natal e ao parto, bem como suas conseqüências.

2 METODOLOGIA

O método de escolha para a elaboração da pesquisa foi a revisão integrativa da literatura, com base de análise qualitativa. Por meio dela será possível envolver as principais características de interesse para o tema, seguindo cuidadosamente os passos da produção científica. À priori, foi estabelecida a questão norteadora da pesquisa: “como são manifestadas as desigualdades raciais na atenção à gestante e quais são as consequências?”.

Em sequência foram estabelecidos os critérios de inclusão da pesquisa a partir da triagem de artigos selecionadas, estabelecendo as características: atualidade (2015-2020), respaldo científico e adequação ao tema. Foram descartados artigos de baixa relevância científica e que apresentaram datas de publicação anteriores ao mês de janeiro de 2015.

Na terceira etapa foram definidas as plataformas de busca de dados: United States National Library of Medicine (PubMed), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A pesquisa online ocorreu em setembro de 2020, utilizando descritores a partir do Medical Subject Headings (MeSH) e suas variações em outros idiomas: “Pregnancy” e “Racism”.

Foram encontrados 83 artigos, dos quais, após uma leitura minuciosa do título, palavras-chave e resumo, apenas 12 se correlacionaram com o tema central da pesquisa. Dos selecionados, todos foram filtrados a partir de tradução e leitura minuciosa daqueles que atendiam aos critérios de inclusão e que possuíam conexão importante com o tema central. Posteriormente, fez-se uma transcrição sistemática das informações extraídas, possibilitando a organização de dados de forma coerente e que atingisse o objetivo do estudo em sintetizar dados que demonstrem formas e consequências das desigualdades raciais na assistência a gestante e a parturiente.

Por tratar-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, o trabalho não foi enviado e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para avaliação, no entanto, respeita os preceitos éticos previstos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3 RESULTADOS

3.1 O RACISMO COMO UM ESTRESSOR CRÔNICO EM GESTANTES

O racismo é considerado um estressor psicossocial de nível individual, operacionalizado com mais frequência na literatura como exposição percebida ao preconceito e discriminação racial. Ele tem sido associado a uma variedade de resultados de saúde mental e física, incluindo estresse materno durante a gravidez (PARADIES *et al.*, 2015).

Uma maior discriminação cotidiana prevê níveis de proteína C reativa mais elevados (PCR), um marcador bem estabelecido de inflamação sistêmica. Do mesmo modo, as mulheres afro-americanas que relataram 1 ou 2 experiências de discriminação racial tiveram níveis mais elevados de PCR em comparação com aquelas que relataram nenhuma experiência de discriminação racial. Nessa perspectiva, mulheres afro-americanas grávidas têm maior probabilidade de ter maior inflamação sistêmica em comparação com mulheres brancas grávidas (GIURGESCU *et al.*, 2016).

Importante considerar que o sistema imunológico durante a gravidez é regulado por uma matriz complexa de citocinas que protegem o feto e promovem o desenvolvimento da placenta. O segundo trimestre (14–27 semanas) é um período predominantemente anti-inflamatório que é promovido por um aumento nas citocinas anti-inflamatórias induzidas pela progesterona, por exemplo, interleucina IL-10, estas, por sua vez, contribuem para a aquiescência uterina e manutenção da gravidez. Perto do final da gravidez, as citocinas pró-inflamatórias (IL-1 β , IL-6, IL-8) induzem a síntese de prostaglandinas na placenta que estimula as contrações uterinas, resultando em amadurecimento cervical, ruptura de membranas, trabalho de parto e nascimento. Embora este seja um processo normal, a inflamação mais elevada durante o segundo trimestre pode levar à ruptura prematura das membranas e trabalho de parto prematuro (GIURGESCU *et al.*, 2016).

Atrelado a esses fatores, mulheres negras têm taxas de nascimento prematuro mais altas do que as mulheres brancas (GROBMAN *et al.*, 2018). Somado a isso, dados brasileiros apontam maior prevalência de depressão pós-parto em mulheres de cor de pele preta, mesmo após o controle de fatores de confusão como características

socioeconômicas, além de desfechos negativos nos recém-nascidos (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017). Vale ressaltar que há, ainda, evidências demonstrando que os afro-americanos possuem duas vezes mais probabilidade de morrer antes de seu primeiro aniversário (ROBINSON *et al.*, 2019) e o estresse crônico pode ser uma causa importante para tudo isso.

3.2 GESTANTES PRETAS OU PARDAS POSSUEM MENOS ACESSO À INTERVENÇÕES DURANTE O PARTO

Gestantes pretas e pardas são submetidas a menos intervenções, tais como uso de ocitocina, episiotomia e cesariana, o que poderia significar um cuidado maior de acordo com as evidências científicas recomendadas pelo Ministério da Saúde. Porém, o modelo de assistência obstétrica adotado no Brasil é intervencionista, logo essas práticas são indicativas de um “bom cuidado”. Como consequência, há um excesso de nascimentos nas idades gestacionais de 37 e 38 semanas, especialmente em decorrência das cesarianas agendadas. Já as mulheres pretas e pardas se diferenciam das brancas por apresentarem prevalências mais altas de parto pós-termo, provavelmente como reflexo de um “menor cuidado” devido às baixas taxas de intervenções quando comparadas a mulheres brancas (LEAL *et al.*, 2017).

Os dados que refletem um “menor cuidado”, podem, entretanto, ser interpretados como vantagem, uma vez que as mulheres que entram em trabalho de parto espontâneo têm menos complicações do que aquelas em partos induzidos ou cesárea. Tais vantagens incluem menos hemorragias e distorcias funcionais, e seus bebês nascem com maior idade gestacional, fisiologicamente mais maduros para a transição fetal-neonatal, e por isso têm menos distúrbios respiratórios ou metabólicos e menos internações em cuidados intensivos. Em contrapartida, entrar em trabalho de parto no Brasil está associado a maiores probabilidades de enfrentar violência obstétrica, bem como ser desprovida do direito ao acompanhante. Nesse sentido, há estudos constando que mulheres pretas constituem a maioria das mulheres que relatam ter sofrido algum tipo de violência durante a gestação (LEAL *et al.*, 2017).

Constatou-se, ainda, uma menor aplicação de analgesia para os grupos étnico-raciais mais discriminados, mesmo após o controle para variáveis sociodemográficas.

Essa proporção foi menor para as mulheres de baixa escolaridade (LEAL *et al.*, 2017). Todo esse diferencial de analgesia, segundo Hoffman *et al.* (2016), se associa a percepções sociais que se baseiam na existência de profundas diferenças biológicas supostamente intrínsecas.

A crença de que negros e brancos são biologicamente diferentes prevaleceu de várias formas durante séculos. Nos Estados Unidos, essas crenças foram defendidas por cientistas, médicos e proprietários de escravos para justificar a escravidão e o tratamento desumano de homens e mulheres negros na pesquisa médica. No século 19, médicos de destaque buscaram estabelecer as “peculiaridades físicas” dos negros que poderiam distingui-lo biologicamente do homem branco, a saber, crânios mais grossos, sistemas nervosos menos sensíveis e doenças inerentes à pele escura. Ao entrevistarem estudantes de medicina e residentes, autores puderam observar que, ao se comparar pretos e brancos, os primeiros eram tidos como mais resistentes à dor (HOFFMAN *et al.*, 2016). Outro exemplo similar aconteceu nos serviços de obstetrícia no Rio de Janeiro, em que profissionais de saúde mencionaram uma suposta melhor adequação da pelve das mulheres pretas para parir, fato que justificaria a não utilização de analgesia (LEAL *et al.*, 2017).

3.3 DESIGUALDADES RACIAIS SE ESTENDEM A EVENTOS QUE TRANSCENDEM O PARTO

Mulheres pretas e pardas apresentam pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir. Há impactos também sobre a garantia do direito da mulher ao acompanhante, embora ele esteja previsto na Lei nº 11.108. Esse direito foi mais violado entre pretas e pardas, que tiveram menos acompanhantes e ficaram mais vulneráveis à violência na assistência (DINIZ *et al.*, 2016).

Nesse ínterim, pesquisas verificaram que 25% das mulheres ficaram sem acompanhantes durante toda a internação para o parto, o que se deve principalmente à inadequação do ambiente das maternidades para garantir esse direito para todas (LEAL *et al.*, 2017).

Portanto, aquelas que são informadas, conhecedoras dos seus direitos, que fizeram a vinculação durante o pré-natal, que têm relações de parentesco ou amizade com algum profissional de saúde nessa maternidade, podem levar vantagem. Diante disso, não seria descabido pensar que as pretas e pardas têm menos chances de serem contempladas (LEAL *et al.*, 2017).

3.4 MORTALIDADE MATERNA É MAIOR EM MULHERES PRETAS E PARDAS

Em geral, as mulheres brancas apresentam resultados mais satisfatórios de saúde materna quando comparadas a pretas e pardas, as quais apresentam taxas de mortalidade materna mais altas. Dados indicam que é mais provável que as mulheres pretas sejam mais jovens e não tenham um parceiro. Além disso, essas mulheres costumam ter menor escolaridade e uma assistência pré-natal inadequada (ANDRADE *et al.*, 2020; FERNANDES *et al.*, 2019).

Outros grupos étnicos minoritários foram investigados e associados a piores resultados maternos dentro das nações, como os hispânicos brancos em Nova York, EUA e as populações indígenas em todo o mundo. Não apenas etnia/cor, mas também outros fatores socioeconômicos e demográficos, condições preexistentes e complicações na gravidez estão associados a resultados maternos e perinatais insatisfatórios (FERNANDES *et al.*, 2019).

4 DISCUSSÃO

Os resultados confirmam que o racismo, o preconceito e a discriminação são fatores que têm efeitos adversos no cuidado às gestantes pretas e pardas. Tais experiências de discriminações raciais impacta negativamente não só a saúde das gestantes, como também a dos recém-nascidos, além de prever níveis mais baixos de bem-estar psicológico nesse grupo étnico.

Percebe-se também que alguns fatores agem sinergicamente, amplificando os resultados negativos do racismo sobre a saúde da mulher, como informação, emprego, bens materiais, serviços de saúde ou mesmo da percepção do racismo. Aliado a isso, mulheres afro-americanas com educação universitária relatam mais experiências de

discriminação racial se comparado às de baixa escolaridade (ROBINSON *et al.*, 2019). Assim, o acesso precário à educação se relaciona não apenas ao preconceito exteriorizado pelos profissionais como também à capacidade das mulheres em compreender as orientações recebidas e participar das decisões em relação a seu acompanhamento (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019).

Além disso, é notável a presença do racismo nas instituições de saúde, pois as mulheres negras continuam compondo os piores índices de atendimento e sendo as maiores vítimas de violências obstétricas (DINIZ *et al.*, 2016). Nesse sentido, o racismo institucional atua em todos os âmbitos da saúde, ofertando à população sofrida as piores condições de atendimento, dificultando seu acesso a instituições e interferindo nas relações profissionais (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019).

5 CONCLUSÃO

Constatou-se que a saúde da mulher negra é, por muitas vezes, negligenciada em relação à da mulher branca, mostrando o quanto o racismo institucional interfere nos processos de saúde e doença da população, agindo de maneira implícita em todos os processos.

Por todo esse aspecto multifacetado e seus diversos impactos negativos, o racismo torna-se um problema de saúde pública de grande relevância e que merece atenção por parte dos profissionais de saúde. Assim, o combate às desigualdades raciais deve ser visto como prioridade, para isso, contudo, é necessário que o debate a respeito do racismo institucional seja constante nas instituições de saúde e entre os profissionais.

6 REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.S. *et al.* Morbidade materna grave em hospitais públicos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 7, p. 1-15, 2020.

CHAMBERS, B.D. *et al.* Exposures to structural racism and racial discrimination among pregnant and early post-partum Black women living in Oakland, California. **Stress And Health**, [S.L.], v. 36, n. 2, p. 213-219, abr. 2020.

DINIZ, C.S.G. *et al.* Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre púérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional

nascer no brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 561-572, set. 2016.

DOMINGUEZ, T.P. *et al.* Racial differences in birth outcomes: the role of general, pregnancy, and racism stress. **Health Psychology**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 194-203, 2008.

FERNANDES, K. G. *et al.* Skin Color and Severe Maternal Outcomes: evidence from the brazilian network for surveillance of severe maternal morbidity. **Biomed Research International**, [S.L.], v. 2019, n. 1, p. 1-11, 30 jul. 2019.

FITZGERALD, C. *et al.* Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. **Bmc Medical Ethics**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-18, 1 mar. 2017.

GIURGESCU, C. *et al.* Racial Discrimination and Psychological Wellbeing of Pregnant Women. **McN, The American Journal Of Maternal/child Nursing**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 8-13, 2017.

GIURGESCU, C. *et al.* Racial discrimination predicts greater systemic inflammation in pregnant African American women. **Applied Nursing Research**, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 98-103, nov. 2016.

GROBMAN, W.A. *et al.* Racial Disparities in Adverse Pregnancy Outcomes and Psychosocial Stress. **Obstetrics & Gynecology**, [S.L.], v. 131, n. 2, p. 328-335, fev. 2018.

HARTMANN, J.M.; MENDOZA-SASSI, R.A.; CESAR, J.A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 9, p. 1-10, 9 out. 2017.

HOFFMAN, K.M. *et al.* Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. **Proceedings of The National Academy of Sciences**, [S.L.], v. 113, n. 16, p. 4296-4301, 4 abr. 2016.

LEAL, M.C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 1-17, 2017.

OLIVEIRA, B.M.C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 122, p. 939-948, set. 2019.

PARADIES, Y. *et al.* Racism as a Determinant of Health: a systematic review and meta-analysis. **Plos One**, [S.L.], v. 10, n. 9, p. 1-48, 23 set. 2015.

ROBINSON, K. *et al.* Racism, Bias, and Discrimination as Modifiable Barriers to Breastfeeding for African American Women: a scoping review of the literature. **Journal Of Midwifery & Women'S Health**, [S.L.], v. 64, n. 6, p. 734-742, nov. 2019.

EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO APÓS O CREDENCIAMENTO À REDE CEGONHA EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO LOCALIZADA AO NOROESTE DO ESPÍRITO SANTO

Thaís de Andrade Godói Gonzaga de Almeida

HMSJ - Hospital e maternidade São José, <http://lattes.cnpq.br/2278327092593979> e <https://orcid.org/0000-0003-0869-7909>.

Greice Kelly Palmeira Campos

UNESC - Centro universitário do Espírito Santo
greiceklelly152@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/3621497067853119> e <https://orcid.org/0000-0002-5169-5282>.

Adriene de Freitas Moreno Rodrigues

UNESC - Centro universitário do Espírito Santo, <http://lattes.cnpq.br/0740835178065480> e <https://orcid.org/0000-0001-5028-3262>

A Rede Cegonha é uma estratégia para implementar uma rede de cuidados objetivando assegurar às mulheres o direito a atenção humanizada, da gravidez ao puerpério e às crianças o nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Indicadores de saúde informam sobre determinados atributos, dimensões e desempenho da situação de saúde, constituindo elemento básico da RC. O objetivo desse estudo foi analisar a evolução dos indicadores após a implantação da RC. Tratou-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido entre agosto e dezembro de 2019 em uma maternidade de referência em assistência de alto risco, localizada em Colatina-ES. Dentre os diversos indicadores produzidos foram selecionados os de maior representatividade. Como resultado o número de partos realizados no período de 2015/2 a 2019/2 atingiram o valor de 11.485, entre vaginais e cesarianas. O percentual de cesarianas foi em torno de 53% neste período e ocorreram 1,6% episiotomias. A utilização do partograma esteve presente em 100% dos procedimentos. Percebe-se que a RC trouxe recursos financeiros para qualificar a ambiência e orientar a conduta para mudança de paradigma, no entanto ainda há dificuldade em romper com o modelo tecnocrático, assim o avanço deve prosseguir para que ocorra, principalmente, a redução do número de cesarianas.

Palavras-chave: parto humanizado, indicadores básicos de saúde, saúde da mulher.

The Stork Network is a strategy to implement a care network aiming to secure the women the right to humanized attention, from the pregnancy to the puerperium and to children healthy birth, growth and development. Health indicators inform about certain attributes, dimensions and performance of the health situation, constituting a basic element of the Stork Network (SN). The objective of this study was to analyze the evolution of the indicators after the implementation of SN. It was a descriptive study with a quantitative and qualitative approach, developed between August and December of 2019 in a high-risk care reference maternity hospital, located in Colatina-ES. Among the several indicators produced, the most representative ones were selected. As a result, the number of deliveries in the period 2015/2 to 2019/2 reached 11.485, between vaginal and cesarean. The percentage of cesareans was about 53% in this period and there were 1,6% episiotomies. The use of partogram was present in 100% of the procedures. It is perceived that the SN brought financial resources to qualify the ambience and guide the conduct to change the paradigm, however there is still difficulty in breaking with the technocratic model, therefore, progress must continue so that the number of cesarean is reduced.

Keywords: humanizing delivery, health status indicators, women's health.

1 INTRODUÇÃO

A portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, instituiu a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu objetivo principal é a garantia do direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada a gravidez, parto e puerpério, bem como garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Foram definidas como diretrizes a garantia de acolhimento e classificação de risco com ampliação do acesso e da qualidade do pré-natal; a vinculação das gestantes ao serviço de referência e seu transporte em meio seguro; garantia de boas práticas de assistência ao parto e nascimento, visando à segurança da atenção; garantia do acesso a saúde de qualidade e com resolutividade para crianças de zero a dois anos de idade; garantia do acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Para melhor operacionalização da Rede, a Portaria 1.459 foi dividida em quatro componentes, a saber: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico – Transporte Sanitário e Regulação. Para cada um destes foram estabelecidas algumas ações de atenção à saúde. Em relação ao parto e nascimento, cabe destaque a imperatividade de suficiência de leitos obstétricos e neonatais nas categorias de UTI (Unidade de Terapia Intensiva), UCI (Unidade de cuidados Intermediários) e Canguru nas unidades credenciadas. Também se insere neste componente a necessidade de adequação da ambiência das maternidades orientadas por resolução pertinente, bem como adesão às boas práticas de atenção ao parto e nascimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), elaboradas em 1996 e reafirmadas constantemente. A garantia do acompanhante durante todo o processo de assistência e o acolhimento de classificação de risco da gestante nos serviços obstétricos são mais duas ações que devem ser observadas neste componente (BRASIL, 2011).

As recomendações de boas práticas de atenção ao parto e nascimento da OMS são divididas em 04 categorias com temáticas distintas. A Rede Interagencial de Informações para a Saúde define o termo indicadores como “medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde” (RIPSA, 2019). Os indicadores da Rede Cegonha foram construídos a partir de várias referências, inclusive das

recomendações da OMS. Dentre as contraindicações contidas neste documento e incorporadas a Rede tem-se a realização de episiotomia de rotina. Em relação aos indicadores, há o contato pele a pele imediato entre mãe e bebê, o estímulo ao uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor e a adesão de posições não supinas durante o período expulsivo (PEREIRA *et al.* 2018).

O objetivo deste estudo é analisar a evolução dos indicadores da maternidade após a implantação da Rede Cegonha. A partir da análise foi possível traçar o retrato da assistência obstétrica local e a eficiência das ações preconizadas pela Rede. A apresentação dos resultados da pesquisa beneficiará a instituição ao demonstrar os avanços da assistência; a sociedade, que visualizará, em dados concretos, os indicadores da maternidade; aos órgãos públicos interessados na qualidade de atenção ao parto e nascimento; e aos estudiosos da área que se interessarem em conhecer mais a respeito do assunto.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quanti-qualitativa, desenvolvido no período compreendido entre agosto e dezembro de 2019, tendo como local de pesquisa uma maternidade referência em Alto Risco Gestacional, localizada em Colatina-ES, nomeada Hospital Maternidade São José. A amostra foi constituída de dois elementos, a saber: I) entrevista com profissionais: nessa fase foram coletados dados qualitativos utilizando um roteiro de entrevista semiestruturado aplicado a um profissional responsável pela Rede Cegonha do Hospital. A entrevista foi gravada, transcrita e avaliada através da análise de conteúdo (BARDIN, 2011). II) pesquisa em relatórios hospitalares: nessa fase foram coletados dados quantitativos, indicadores da Rede Cegonha, tendo como variáveis norteadoras – total de partos da instituição e suas classificações; episiotomia e uso do partograma. O critério de inclusão utilizado foi a disponibilidade dos dados para pesquisa, desde o credenciamento do Hospital, tendo sido encontrados registros a partir de 2015/2 até 2019/2.

Os dados qualitativos receberam o seguinte tratamento: após a aplicação da entrevista gravada, houve a transcrição para análise semântica das informações. Conforme a metodologia de Bardin (2011), se seguiram leituras exaustivas para a categorização dos elementos textuais e apreciação de conteúdo das falas. Os dados

quantitativos foram tabulados e organizados conforme os dados coletados. A análise foi realizada por meio de distribuição de frequências no software Microsoft Excel 2010.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em entrevista com a Enfermeira que compõe o Conselho Gestor do Hospital Maternidade São José, desde os passos iniciais, foram obtidas informações a respeito da contratualização da instituição. O credenciamento foi efetuado em 2014, entretanto, os processos de adequação da equipe assistencial e da estrutura física se iniciaram em 2013. Dentre as mudanças estruturais, a mais marcante se refere à retirada da sala de parto normal de dentro do bloco cirúrgico. Baseada em condutas intervencionistas e de restrição de movimentos, a antiga sala de parto da instituição foi remodelada, trazendo uma quebra de paradigmas para a equipe, como relatou a entrevistada, identificada como E1.

Quadro 1 – Entrevista com E1.

<i>Sujeitos</i>	<i>Discurso do Sujeito</i>
E1	“Na sala de parto nós tínhamos toda a estrutura de mesa ginecológica, tínhamos a cultura de restrição de movimentos, ou seja, a paciente era realmente colocada em posição ginecológica, as pernas eram amarradas ali com atadura, pra que a gente pudesse mobilizar a paciente dentro daquela posição, né”.

Fonte: autoria própria, 2020.

No processo de transformação do ambiente, foram criadas salas de parto semelhantes a enfermarias, sem o aparato cirúrgico e esterilidade existente no antigo espaço. Foram adquiridas camas de Pré-parto e Parto (PPI) automatizadas, que se adequam a posição desejada para a parturiente, além de banheiros com chuveiros com água morna e outros equipamentos para execução dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, como a boa suíça, o cavalinho, barras fixas para exercícios, difusores e essências para aromaterapia e equipamento para musicoterapia.

Além de modificar a estrutura física do hospital, foi necessário investir em capacitação da equipe, pois as condutas também precisavam ser transformadas. Por intermediação do Governo do Estado, o hospital recebeu treinamento por meio de visita ao Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte-MG, referência em humanização

do parto e nascimento. A equipe do hospital mineiro também compareceu ao Hospital Maternidade São José a fim de orientar os profissionais locais a respeito dos novos conceitos de assistência. O Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal do Espírito Santo e o Governo Estadual, ofereceu um curso de especialização em obstetrícia para enfermeiros atuantes em maternidades do SUS. Em contrapartida, o hospital indicou profissionais para cursar a especialização e viabilizou o processo. Para fortalecimento da equipe, o hospital efetuou a contratação de uma enfermeira obstetra com experiência pra conduzir a estruturação local.

Atualmente a maternidade é referência para 32 municípios, das regiões norte e central do Espírito Santo, no atendimento de gestantes de alto risco, entretanto, funciona também como porta aberta para gestações não complicadas.

No período de implantação da Rede Cegonha, a instituição não contava com sistema de arquivos em rede de computadores, razão pela qual muitas informações foram perdidas. Os dados físicos foram armazenados no arquivo hospitalar, mas não foram encontrados em sua totalidade, pois o local passa por mudanças e realocação de documentos. Após pesquisa apurada, foram localizados dados referentes aos indicadores da Rede Cegonha a partir do mês de julho de 2015. Para melhor visualização e análise dos dados, os mesmos foram agrupados por semestre, razão pela qual foi adicionado o mês de dezembro de 2019, não incluído no planejamento inicial do estudo. Os dados foram organizados em 09 grupos: 2015/2, 2016/1, 2016/2, 2017/1, 2017/2, 2018/1, 2018/2, 2019/1, 2019/2. Diante do grande número de indicadores produzidos pelo hospital, foram selecionados três para esta pesquisa, a saber: taxa de cesarianas, taxa de episiotomia e realização do partograma.

O total de partos realizados no período de 2015/2 a 2019/2 na maternidade pesquisada, atinge o valor de 11.485, entre vaginais e cesarianas, conforme mostra a tabela 1. Houve um crescimento de 33% no total de nascimentos durante o período. Analisado o valor total do período tem-se 51,5% de partos normais e 48,5% de cesarianas.

Tabela 1 – Total de partos por semestre.

2015/2	2016/1	2016/2	2017/1	2017/2	2018/1	2018/2	2019/1	2019/2	TOTAL
985	1.199	1.034	1.297	1.294	1.434	1.270	1.494	1.478	11.485

Fonte: Hospital e Maternidade São José (HMSJ).

Gráfico 1 – Taxa de partos normais e cesarianas.



Fonte: Hospital e Maternidade São José (HMSJ).

O indicador “Taxa de Cesarianas” evidencia a proporção de partos normais e de cirurgias cesarianas no período determinado. O gráfico 01 traz a distribuição destes dois eventos em frequência relativa, permitindo avaliar sua evolução ao longo dos anos. Houve um aumento de 6,5% na taxa de cesáreas e uma redução, na mesma proporção, dos partos normais. Em 2017/1, os nascimentos via cesariana começaram a se aproximar intimamente dos partos normais e os ultrapassaram permanentemente em 2018/2.

Com o objetivo de compreender melhor as taxas de cesariana, a instituição começou a discriminar os motivos que levavam o profissional indicar a cirurgia. A contabilização teve início em 2017. O quadro abaixo relaciona as principais indicações descritas nos prontuários das pacientes. Motivos com frequência menor que 05 em todo o período não estão apresentados na tabela.

Quadro2 – Indicações de cesariana.

Indicação de Cesariana		Indicação de Cesariana	
1	Cesária anterior	14	Cardiopatia Materna
2	Sofrimento fetal	15	ROPREMA sem Trabalho de parto
3	Falha da indução/ parada de progressão	16	Desproporção cefalopélvica
4	Feto não cefálico	17	Centralização fetal
5	Síndromes Hipertensivas	18	Placenta prévia
6	Macrossomia Fetal	19	Má formação fetal
7	Crescimento Intrauterino Restrito – CIUR	20	Trabalho de Parto Prematuro
8	Alterações do líquido amniótico	21	Epilepsia materna
9	Diabetes Mellitus Gestacional	22	Gestante com disfunção musculoesquelética
10	Pós –Datismo	23	Óbito Fetal
11	Descolamento Prematuro de placenta	24	Assincretismo
12	Gestação múltipla	25	Prolapso de cordão
13	HIV	26	Gestante com transtorno psiquiátrico

Fonte: Hospital e Maternidade São José (HMSJ).

O indicador “Taxa de Cesarianas” propõe uma redução de 10% ao ano até alcançar a meta de 30% de interrupções de gestação por via alta. O valor atual ainda se encontra bem acima do pactuado. Apesar de haverem períodos de aumento do número de partos normais, as cesarianas ainda se mantêm em alta, conforme evidenciado no gráfico 01. Quando se trata de escolha da via de nascimento, Domingues *et al.* (2014) salienta que 15,6% das mulheres preferem realizar uma cesariana, e este número aumenta em grupos com cesariana anterior (29,4%), e nos países menos desenvolvidos. Os autores ainda acrescentam que a realização da cirurgia está associada a um conceito de bom padrão de atendimento, quando não há indicação clínica e obstétrica. A boa evolução do parto normal está diretamente associada ao desejo da mulher. Em um estudo de Oliveira *et al.* (2016) realizado em Maringá-PR, observou-se que o desejo pela via de parto desde o início da gestação está diretamente relacionado a realização do parto normal.

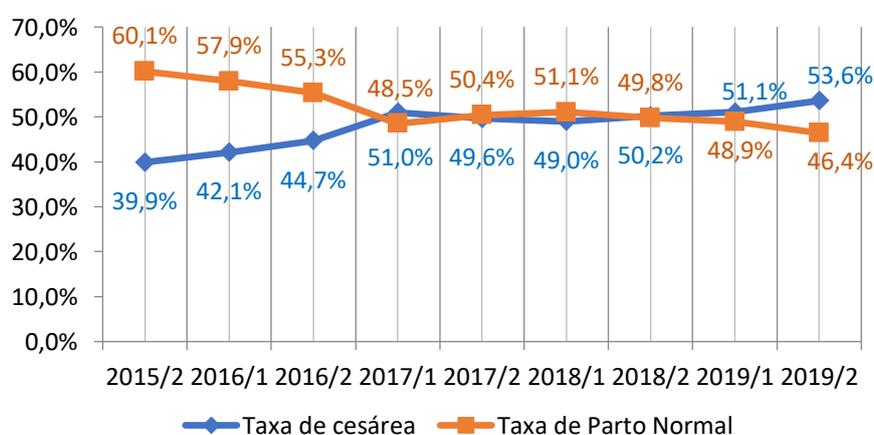
Ainda no estudo de Oliveira *et al.* (2016), ressalta-se que as intercorrências obstétricas estão associadas a cesariana. A presença de hipertensão arterial, diabetes e depressão durante a gestação aumentam as chances de uma cirurgia no sistema público

de saúde. No Hospital Maternidade São José, os motivos que culminam na realização da interrupção da gestação por via alta, começaram a ser contabilizados em 2017, desde então a indicação mais frequente é: “mulher com Cesária anterior”. Em relatório técnico a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) publicou um documento com recomendações a respeito da realização de cesarianas. No processo de escolha da via de parto deve-se considerar os riscos e benefícios de uma nova da cirurgia, a vontade da mulher além dos riscos e benefícios de um parto normal após cesariana (BRASIL, 2015).

Uma das complicações mais temidas do parto normal após cesárea é a rotura uterina. O risco após uma cesariana com por incisão corporal é de 4–9% e cai para 0,2–1,5% quando a incisão é segmentar, tipo mais comum os últimos anos. Não há evidências para realização de cesárea eletiva em mulheres com cesárea anterior (BRASIL, 2012).

Em regressão, a taxa de episiotomia atingiu seu valor máximo em 2017/1 e voltou a decair, atingindo a menor frequência em 2018/2. Contabilizando uma redução de 2,2% a partir de 2015/2, no último semestre de 2019 o percentual se manteve abaixo de 2%. As lacerações de trajeto ocorreram em 45% e 71% dos partos normais no segundo semestre de 2015 e de 2018, respectivamente. Neste grupo estão inclusos os traumas teciduais de primeiro, segundo e terceiro grau, inclusive as que não necessitaram de sutura corretiva.

Gráfico 2 – Taxa de episiotomias.

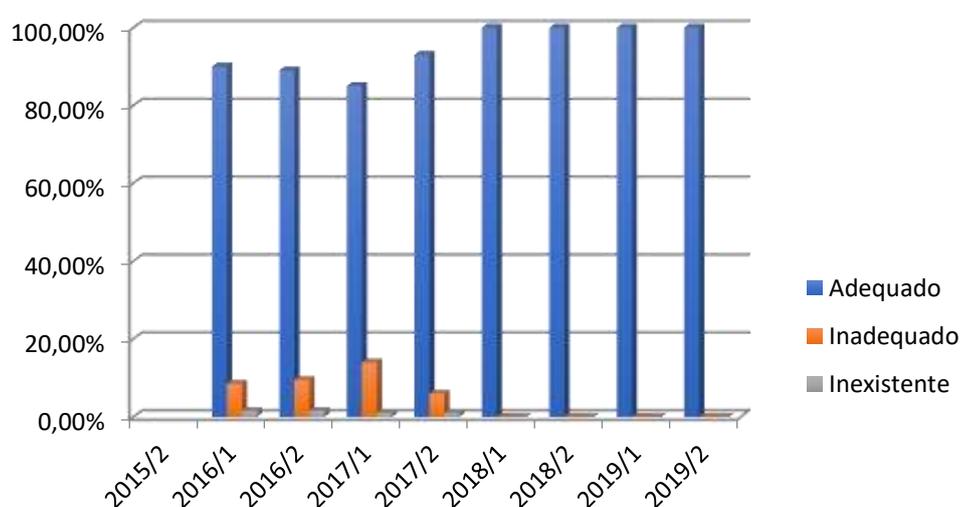


Fonte: Hospital e Maternidade São José (HMSJ).

A taxa de episiotomia do hospital já se encontrava abaixo da meta pactuada no segundo semestre de 2015 e apresentou redução de 2,2% no período. Em 2019/2, o procedimento esteve presente em apenas 1,6% dos partos. Não há consenso a respeito da sua frequência ideal na literatura, entretanto considera 20% uma taxa aceitável em situações específicas (CARVALHO *et al.*, 2010). O manual de Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal no Brasil, não recomenda a realização de episiotomia de rotina, e que a ocorrência deve ser sob anestesia local e com justificativa plausível (BRASIL, 2016). Carvalho *et al.* (2010) acrescentam que a OMS considera ideal taxas de episiotomia em torno de 10%, média dos países europeus. A Maternidade São José tem valores bem abaixo desta média.

As lacerações são traumas perineais ocasionados espontaneamente durante o trabalho de parto, não há como prevê-los, sendo assim não existe uma taxa ideal. A adoção de posição verticalizada no período expulsivo e a proteção perineal são medidas que reduzem a incidência destes eventos. Em relação ao partograma, a sua utilização passou a ser contabilizado em abril de 2016. A partir daí o número de preenchimentos inadequados se reduziu progressivamente até deixarem de existir, ao passo que o uso adequado do instrumento chegou a 100% dos nascimentos. O número de partos cresceu exponencialmente na unidade hospitalar, conforme expresso na tabela 01.

Gráfico 3 – Uso do partograma.



Fonte: Hospital e Maternidade São José (HMSJ).

O partograma é um instrumento recomendado para avaliação da progressão do trabalho de parto. Seu uso começou a ser contabilizado em 2016/1. Os preenchimentos adequados atingiam taxas de 90%, entretanto havia atendimentos que transcorriam com ausência do instrumento e preenchimento incompleto. No último semestre de 2019 houve 100% de uso do partograma no acompanhamento dos trabalhos de parto. O Ministério da Saúde recomenda seu uso em todas as maternidades do país e o caracteriza como integrante do prontuário da paciente. Além de ser um instrumento de valor legal relacionado à proteção profissional, é um método de identificação de distócias de trabalho de parto e diminui a necessidade de realização de toques vaginais desnecessários (BRASIL, 2012).

4 CONCLUSÃO

A análise dos indicadores gerados pelo Hospital Maternidade São José revelou um cenário otimista da atenção ao parto e nascimento. O compromisso da instituição em oferecer assistência de qualidade e baseada em evidências científicas é expresso nos bons resultados alcançados. A criação de indicadores para monitoramento do serviço além dos propostos e exigidos pelo Ministério da Saúde e sua avaliação constante pelo Conselho Gestor local com estabelecimento de estratégias de melhorias, também refletem o comprometimento institucional.

Dentre os indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a taxa de cesarianas ainda se mantém acima da média pactuada pelo governo. Como medidas para diminuição dos percentuais, estão sendo avaliadas as indicações de cesárea a fim de traçar estratégias de intervenção. Em sua grande maioria, os motivos que levam à realização de uma cesariana estão intimamente relacionados ao pré-natal e muitas vezes não podem ser alterados durante o curto período de internação. Em contrapartida, o percentual de episiotomia se encontra bem abaixo do pactuado e vem decrescendo gradualmente. A adequação da estrutura hospitalar, com sala de parto de estrutura adequada e disponibilidade de métodos não farmacológicos para alívio da dor, contribuem para a melhora constante deste indicador.

O Hospital Maternidade São José apresentou avanços significativos na modificação do cenário de assistência ao parto e nascimento. A Rede Cegonha trouxe

recursos financeiros para estruturar o ambiente e orientações de conduta para mudança de paradigma. A fiscalização do serviço tem se apresentado eficiente e resolutive, pois produz impactos positivos no crescimento da instituição. O aumento exponencial do número de atendimentos reflete a confiança da população das regiões norte e central do Espírito Santo, que optam por receber assistência na instituição. Ainda há muito que avançar, principalmente na redução do número de cesarianas. Destarte, a evolução dos indicadores é clara, promissora e tende continuar avançando.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70. Ed. São Paulo: [s. n.]. 2011. 229p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, DF, 2016, 230 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Recomendação. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação Cesariana**. Brasília, DF, 2015, 101 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, DF, 2012. 302 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **SLEGIS: Sistema de Legislação da Saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 05 jan. 2020.
- CARVALHO, C. C. M. *et al.* Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 265-270, maio. 2010.
- DOMINGUES, R. M. S. A. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**[online], vol.30, supl.1, p.101-116, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- OLIVEIRA, R.R. *et al.* Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. **Revista Escola de Enfermagem-USP**, São Paulo, n. 50, p. 733-740, jul. 2016.
- PEREIRA, S.B. *et al.* Boas práticas para atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet]. [S. I.], n.71, Supl 3, p. 1393-1399,2018.

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB)**: Conceitos e critérios. [S. I.]: IDB, 2019. Disponível em: < <http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/conceitos-e-criterios/>>. Acesso em: 01 fev. 2020.

FATORES DESENCADEANTES DE AGRAVOS NA MATERNIDADE DE MULHERES ENCARCERADAS

Açucena de Farias Carneiro

UFCG-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores (CFP),
fariasacucenna@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9618735099546868>, Orcid:
<https://orcid.org/0000-0003-4832-9094>.

Isabele Córlet Barreto

UFCG-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores (CFP),
icorletib@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9430939706435543>. Orcid:
<https://orcid.org/0000-0002-9172-0518>.

Janielle Tavares Alves

UFCG-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores (CFP),
janialves30042014@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7882311891344834>. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-2656-0191>.

Rodrigo Sousa de Abrantes

UFCG-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores (CFP),
rodrigoabrantes07@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9362342100430630>. Orcid:
<https://orcid.org/0000-0003-2994-5617>.

Gustavo de Souza Lira

UFCG-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores (CFP),
gustavodesouzalira2@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9352996626116085>. Orcid:
<https://orcid.org/0000-0002-3174-8420>.

Maria Berenice Gomes Nascimento

UFCG-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores (CFP),
berenice_pinheiro@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4768427282114464>. Orcid:
<https://orcid.org/0000-0003-2095-4832>.

O parto é um processo natural para muitas mulheres, mas também pode ser um evento impactante, berço de preocupações, principalmente para as mulheres privadas de liberdade, desencadeando medo, insegurança e ansiedade. Esse estudo objetivou identificar, a partir de uma revisão integrativa, os fatores desencadeantes de agravos na maternidade entre mulheres encarceradas. O método adotado no estudo foi a Revisão Integrativa através da base de dados a Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e SCOPUS, utilizando o entrecruzamento dos descritores “presídio”, “gestação”, “saúde da mulher”, “prisons”, “pregnancy”, “women's health”. Observou que o encarceramento é inseguro para mulheres e seus filhos, proporcionando grande estresse para a mesma, que pode culminar em ansiedade, depressão e, portanto, sendo necessárias melhorias no sistema carcerário.

Palavras-chave: presídio, gestação, saúde da mulher.

Childbirth is a natural process for many women, but it can also be an impactful event, the source of concerns, especially for women deprived of liberty, triggering fear, insecurity and anxiety. This study aimed to identify, from an integrative review, the triggering factors of illnesses in maternity among incarcerated women. The method adopted in the study was the Integrative Review, through database the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and SCOPUS, using the intersection of descriptors “presídio”, “gestação”, “saúde da mulher”, “prisons”, “pregnancy”, “women's health”. He observed that incarceration is unsafe for women and their children, providing great stress for them, which can culminate in anxiety and depression, therefore, improvements in the prison system are necessary.

Keywords: prisons, pregnancy, women's health.

1 INTRODUÇÃO

Conforme a Lei de Execução Penal (LEP) nº 7.210/19843, devem ser preservados os direitos do recluso como educação, proteção à saúde, assistência jurídica, entre outros. Porém, contrariamente à lei, as prisões passaram a representar um ambiente degradante e desumano para os reclusos, enfrentando superlotação, falta de cuidados médicos necessários, má alimentação, como também condições sanitárias precárias provocando inúmeras doenças (MACHADO; GUIMARÃES, 2014).

Segundo dados do Ministério da Justiça e Segurança Pública Brasil (2016), existem 42 mil mulheres privadas de liberdade, um aumento de 656% em relação ao total de detidas registrados nos anos 2000. Durante o mesmo período, a população carcerária masculina aumentou 293% passando de 169 mil homens privados de liberdade para a marca de 665 mil homens. Ainda de acordo com dados do Ministério da Justiça, o Brasil se encontra na quarta posição mundial, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, da China e da Rússia em relação a quantidade de mulheres privadas de liberdade.

Tendo-se, portanto, o parto como um processo natural e um evento impactante, berço de preocupações, um cenário que pode ser desconhecido e amedrontador para muitas mulheres, podendo gerar insegurança e ansiedade. Tais fatores podem se originar por vários fatores, como a desinformação e acesso limitado ao cuidado materno por profissionais (SAPKOTA *et al.*, 2013).

As gestantes que se encontram em regime prisional possuem direitos, como a Lei já citada nº 7.210 e a nº 11.942, assegurando as mulheres ao acompanhamento médico no processo parturitivo, garantindo assistência de forma integral à saúde da mãe e do bebê. Mas a realidade brasileira consiste em não oferecer condições de auxílio à saúde de forma adequada as detentas da maioria das penitenciárias brasileiras, sejam por dificuldades estruturais ou devido à falta de profissionais de saúde (MIRANDA *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, quando comparado com a população em geral, as mulheres encarceradas estão mais expostas aos riscos à saúde como estresse, dependência a substâncias, violência, pouco acesso a aparelhos reprodutivos, nutrição deficiente, infecções sexuais e distúrbios mentais, por exemplo. Além disso, a exposição aos fatores estressantes pode acarretar em agravos na gestação e complicações no parto,

como parto pré-prematuro, aborto espontâneo, complicações no desenvolvimento do bebê, pré-eclâmpsia, colocando em risco a vida da materna-infantil (KELSEY *et al.*, 2017; KOTLAR *et al.*, 2015).

Além do que, o uso do sistema de retenção antes, durante e após o parto, utilização de algemas ou qualquer tipo de dispositivo (cintos, correntes, ferros), que possibilite a limitação e amplitude dos movimentos corporais da mulher, também representam riscos à saúde, pois torna a mesma mais propensa a quedas e dificulta a identificação de problemas na gravidez, diminuição da capacidade da mãe segurar seu filho, assim acarretando em perturbação do vínculo entre mãe-bebê (KELSEY *et al.*, 2017).

Dessa forma, mulheres presas em razão de sua maior vulnerabilidade e da precariedade em que se encontram nas prisões, é uma parcela da população que está exposta a altos riscos e que requer atenção especial para prevenção de agravos na maternidade das mesmas (KOTLAR *et al.*, 2015).

Diante do exposto, acerca das condições nas penitenciárias e suas deficiências nos serviços voltados às gestantes, o estudo se torna relevante por analisar as condições do sistema carcerário, enfatizar a importância da maternidade para a mulher e seus direitos frente a esse processo, para que, possa ser possível identificar os riscos mais frequentes em que as mulheres na gravidez estão expostas nos presídios e evidenciar os inúmeros agravos na gestação.

Dessa maneira, ao considerar as particularidades da temática e a relevância da pesquisa, esse estudo objetivou identificar, a partir de uma revisão integrativa, os fatores desencadeantes de agravos na maternidade entre mulheres encarceradas.

2 METODOLOGIA

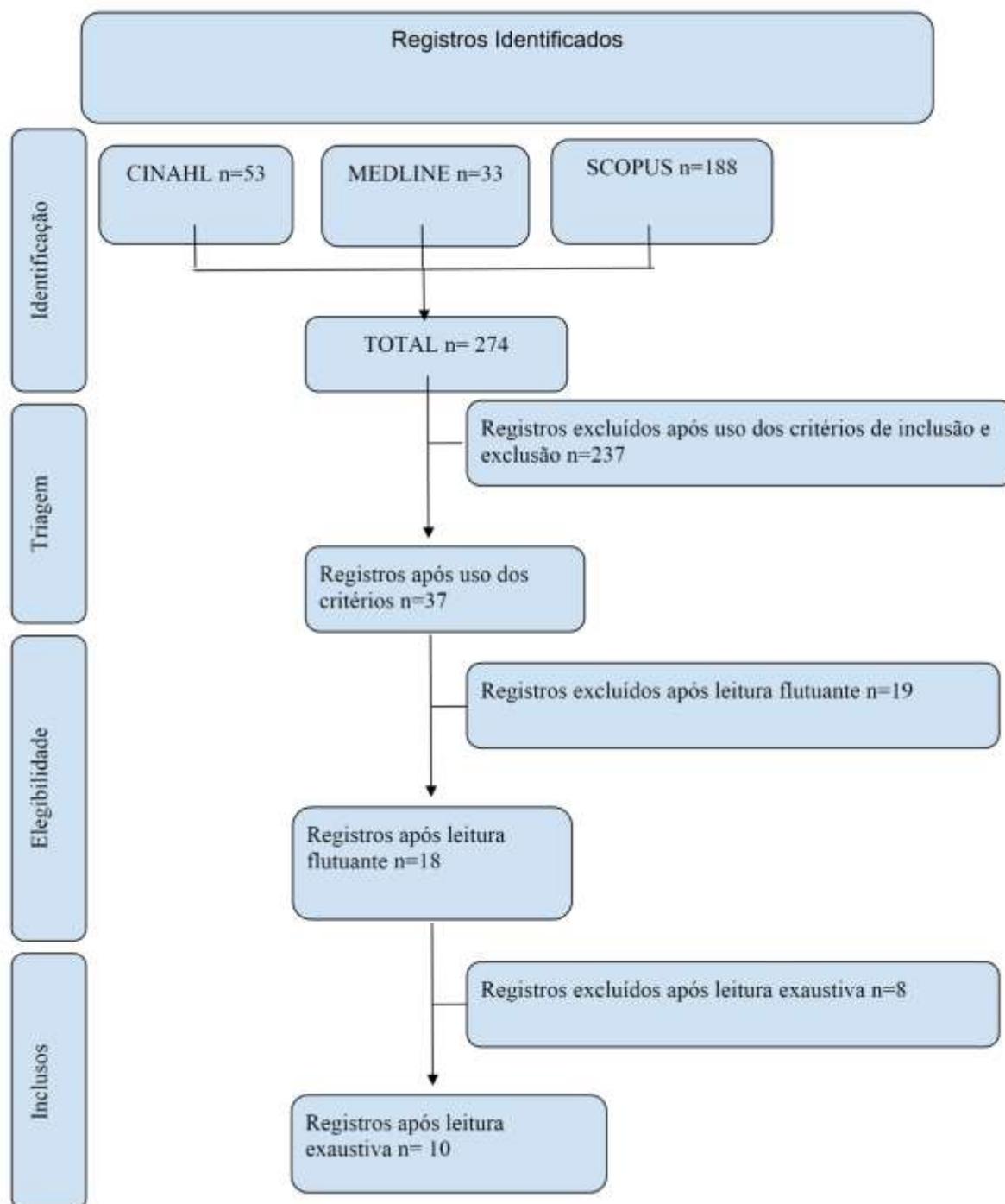
O método adotado no estudo foi a Revisão Integrativa, que permite a avaliação de pesquisas e síntese de inúmeros dados disponíveis e publicados acerca do tema investigado, propiciando conclusões gerais sobre a área da problemática estudada, como também sendo possível a identificação de lacunas do conhecimento e a necessidade de seu preenchimento por meio de novos estudos. Sendo assim, a revisão

facilita a acelera a incorporação de evidências e novas descobertas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A pesquisa foi realizada no mês de agosto de 2020, utilizando como base de dados a Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e SCOPUS. Foi utilizado o operador booleano AND para realizar o entrecruzamento das palavras-chave cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde e Medical Subject Headings: “presídio”, “gestação”, “saúde da mulher”, “prisons”, “pregnancy”, “women's health”.

Como critérios de inclusão foram incluídos os artigos dos últimos cinco anos nas línguas em português, inglês e espanhol, disponível na íntegra e como métodos de exclusão, sendo excluídos os artigos que não abordassem a temática e estivessem repetidos nas bases de dados. Desse modo, no fluxograma prisma abaixo, especificou-se a cada etapa de filtragem o quantitativo de trabalhos resultantes.

Figura 1 – Fluxograma Prisma



Fonte: Carneiro; Barreto e Lira, 2020.

3 RESULTADOS

Neste estudo foram incluídos 10 artigos científicos publicados nas bases de dados, nos quais sintetizam a temática sobre os fatores desencadeantes de agravos na maternidade de mulheres encarceradas. O quadro 1 mostra a categorização das publicações incluídas nesse estudo apontando os autores, nome dos periódicos publicados, ano das publicações, títulos e objetivos dos estudos.

Quadro 01 - Distribuição das publicações incluídas na revisão integrativa segundo nome dos autores, periódico, ano de publicação, título e objetivo.

AUTORES	PERIÓDICO	ANO	TÍTULO	OBJETIVO
Kelsey C. M.; Medel N.; Mullins C.; Dallaire D.; Forestell C.	Matern Child Health Journal	2017	An Examination of Care Practices of Pregnant Women Incarcerated in Jail Facilities in the United States	Examinar as instalações carcerárias em todo os Estados Unidos, para avaliar as práticas comuns e determinar o grau em que aderiram aos padrões de atendimento de mulheres encarceradas grávidas.
Kotlar B.; Kornrich R.; Deneen M.; Kenner C.; Theis L.; Esenwein S.V.; Webb- Girard A.	Perspectives on sexual and Reproductive Health	2015	Meeting Incarcerated Women's Needs For Pregnancy- Related and Postpartum Services: Challenges and Opportunities	Descrever os tipos de políticas e programas que surgiram como bem-sucedidos na promoção da saúde e bem-estar dos encarcerados, mulheres grávidas e puérperas e seus filhos.
Hilder L., Walker J. R., Levy M. H. Sullivan E. A.	BMC-Medical Research Methodology	2016	Preparing linked population data for research: cohort study of prisoner perinatal health outcomes	Descrever sobre a exposição de grávidas na prisão.

Sufrin C.; Beal L.; Clarke J.; Jones R., Mosher W. D.	AJPH Open-Themed Research	2019	Pregnancy Outcomes in US Prisons 2016-2017	Reunir dados sobre a frequência de gestação entre mulheres em vários estados dos EUA e prisões federais.
Pendleton V.; Saunders J.B; Shlafer R.	Health and justice	2020	Corrections officers' knowledge and perspectives of maternal and child health policies and programs for pregnant women in prison	Entender o ponto de vista dos agentes penitenciários sobre as políticas e planos para saúde materno- infantil em prisões estaduais.
Shlafer R. J; Hardeman R.R; Carlson E. A.	Infant Mental Health Journal	2019	Reproductive justice for incarcerated mothers and advocacy for their infants and young children	Fornecer uma visão geral da pesquisa atual e considerar as implicações do encarceramento para a saúde das mulheres e o bem-estar de seus bebês e crianças pequenas.
Matos K. K. C; Costa e Silva S. P; Nascimento E. A.	Interface (Botucatu)	2019	Children of the prison: social representations of women about birth in prison	Compreender as representações sociais das gestantes e puérperas em relação ao parto estando detidas.
Mignon, S.	Ciência & Saúde Coletiva	2016	Health issues of incarcerated women in the United States	Fornecer um resumo das preocupações com a saúde das mulheres americanas encarceradas.
Sufrin, C.	Perspect Sex Reprod Health	2015	Reproductive Justice, Health Disparities And Incarcerated Women in the United States	Discutir a justiça reprodutiva, as disparidades na saúde e as mulheres encarceradas nos Estados Unidos.

Bronson, J.; Sufirin C.	Public Health Reports	2019	Pregnant Women in Prison and Jail Don't Count: Data Gaps on Maternal Health and Incarceration	Foi elaborado para chamar a atenção para a falta de dados sobre saúde materna entre mulheres em prisões e cadeias e oferecer sugestões para remediar essas lacunas.
----------------------------	--------------------------	------	---	---

4 DISCUSSÃO

De acordo com a Lei Penal, os presidiários têm direito a obtenção de materiais sanitários, assistência médica, farmacêutica e odontológica. No entanto, este não é o caso: a maioria reclusa tem más condições sanitárias e, em muitas instituições, as condições de limpeza são precárias e insuficientes, inexistindo até acompanhamento médico (MACHADO; GUIMARÃES, 2014). É notório que as pessoas que vivem nas prisões brasileiras não gozam dos direitos básicos e necessários de dignidade e saúde.

Tratando-se das mulheres, a maioria delas privadas de liberdade no Brasil, são jovens entre 18 e 24 anos representando 27%, logo após, as mulheres entre 25 e 29 anos atinente a 23%, e as com idade entre 30 e 35 anos, correspondendo a 21%. Há em torno de 101,9 mil mulheres jovens presas para cada 100 mil brasileiras com idade superior a 18 anos. O número cai no caso das mulheres presas mais velhas (com 30 anos ou mais) para 36,4 mulheres para cada 100.000 mulheres brasileiras com mais de 18 anos (DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2017).

De acordo com Isaac e Campos (2019), ao examinar as características das mulheres presas, há um padrão perceptível, uma vez que a grande maioria é negra ou parda, já tinha sido alvo de algum tipo de violência: física, sexual, psicológica, possuem baixa escolaridade e uma família desestruturada. Assim, torna-se evidente de que se trata da parte mais vulnerável da sociedade, a qual requer mais atenção.

A Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional tem como objetivo garantir mais humanização durante o cumprimento da pena, assegurando além dos direitos básicos como: à saúde, reprodução, educação, alimentação, trabalho e assistência judiciária. Além disso, busca adotar normas e procedimentos adequados as especificidades das

mulheres no que diz respeito às questões de gênero, idade, sexualidade, escolaridade, maternidade, religiosidade, dentre outros aspectos relevantes à mulher. Infelizmente, o que alguns estudos apontaram é que não ocorre a efetividade desses direitos, mostrando-se insuficiente (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Diante dessa perspectiva, ressalta-se que o parto está intrinsecamente relacionado às questões e fatores sobre o biopsicossocial da mulher, repleto de preocupações e inegavelmente emoções que podem ser positivas ou negativas, pois agora a mesma irá ser mãe. Ou seja, o processo do puerpério apresenta-se em recorrentemente como um momento de transformação e quando se trata de mulheres privadas de liberdade, a negligência relacionada tanto a aspectos emocionais como cuidados no pré-parto e parto e pós o mesmo, muitos dos casos decorrentes da falta de profissionais, acarretam em malefícios para à saúde da mulher e do bebê (RODRIGUES *et al.*, 2017).

É inegável que o ambiente prisional é estressante e um ambiente desfavorável para a saúde, como por exemplo, a alimentação, convivência ou exercícios. Portanto, o auxílio referente ao suporte à mulher buscando reduzir a dor, medo e estresse durante o processo parturitivo, tornam-se essenciais para promover a segurança do parto e nascimento. (MIGNON *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2017).

Sendo assim, esse momento único vivenciado pela mulher, somado a vivência prisional, possui seus direitos, assim como traz na (LEP), uma vez que boa parte dos serviços de saúde em é escasso nas unidades prisionais, quando não contam com uma equipe multidisciplinar. Ressaltando dessa maneira a necessidade de ações para com à mulher, uma população que aumenta no sistema prisional brasileiro, surge a necessidade de se atender ao princípio da integralidade, o ser biopsicossocial, detentora de suas singularidades, abrangendo a todas as mulheres que se encontram em quaisquer das etapas do ciclo gestacional (SOUZA *et al.*, 2018).

Frente a isso, se faz necessário avaliar as consequências do encarceramento na maternidade, tendo em vista que, segundo estudos científicos o número de mulheres encarceradas se elevou consideravelmente e na maioria dos casos estão na idade reprodutiva, vivenciando a gestação em presídios e em contrapartida não houve aumento dos serviços penitenciários voltados a essa população (SUFRIN *et al.*, 2019). Além do que, há deficiência de dados acerca dos casos de gravidez entre as prisioneiras,

como também tais registros não dispõem de dados atualizados sobre o nascimento, partos e condições do bebê (HILDER *et al.*, 2016).

Tal situação propicia grande exposição das gestantes a fatores que causam riscos a sua saúde em razão das precárias condições das prisões, assim podendo acarretar problemas biopsicossociais na maternidade das mesmas (SUFRIN *et al.*, 2019). Dessa forma, são exemplos de fatores estressantes vivenciados por mulheres grávidas a utilização de opiáceos para desintoxicação pelo uso de drogas e abstinência das mesmas. Contudo, vale ressaltar que esse método tem sérios riscos para a saúde, pois pode acarretar o aborto espontâneo (SUFRIN; KOLBI-MOLINAS; ROTH, 2015).

Além disso, as encarceradas estão expostas a falta de higiene, ficando propensa a inúmeras doenças, falta de momentos de lazer, agressão sexual, lesão, infecções sexualmente transmissíveis (principalmente sífilis, gonorreia, clamídia), nutrição precária, são forçadas a ter seu parto dentro da prisão uma vez que são ignoradas quando estão em trabalho de parto, atendimento ineficiente pela equipe profissional da prisão, sendo assim, a saúde materna-infantil estando em risco, podendo acarretar em problemas psicológicos, levar ao óbito do bebê e da mãe (MATOS; SILVA; NASCIMENTO, 2019; SUFRIN; KOLBI-MOLINAS; ROTH, 2015).

Dessa maneira, esses eventos mostram o quanto o encarceramento é inseguro para mulheres e seus filhos, proporcionando grande estresse para a mesma, que pode culminar em ansiedade, depressão. Logo, são necessárias melhorias no sistema carcerário, orientações eficazes voltadas às gestantes, tendo em vista que muitas têm baixo nível de escolaridade, como também cuidados voltados à saúde e bem-estar materno-infantil, visando minimizar os agravos, na maternidade das mesmas (MIGNON 2016; MATOS; SILVA; NASCIMENTO, 2019).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatores desencadeantes de agravos em mulheres encarceradas são inúmeros, desde a exposição à falta de higiene, alimentação precária, atendimento deficiente da equipe multiprofissional, uso de substâncias, pouco acesso a aparelhos reprodutivos, infecções sexualmente transmissíveis, variados tipos de violência, até mesmo uso de algemas ou outros dispositivos que diminuem a amplitude de suas ações, acarretando

em riscos de queda, como também em relação aos demais fatores estressantes, propiciando em distúrbios psicológicos, aborto espontâneo, estresse, problemas no desenvolvimento do feto, dificuldades no parto e, por isso, sendo crucial a implementação e aplicação de políticas públicas voltadas a essa população, visando diminuir a exposição de gestantes a fatores de risco à saúde e conseqüentemente em agravos na maternidade.

Como também, diante da carência do sistema prisional quanto aos cuidados e orientações para a melhoria da saúde dessas gestantes, faz-se necessário também a oferta de condições de vida digna, com alimentação adequada, atendimento eficiente referente aos cuidados de saúde, reabilitação de drogas quando necessário e o cuidado humanizado antes, durante e após a gestação, além disso, devendo haver o apoio à amamentação. Para que assim, as prisões possam ter condições mínimas de sobrevivência, como também crucial mais pesquisas voltadas ao tema, em razão do baixo quantitativo de trabalhos sobre e para identificação de lacunas acerca da temática que não foram abordadas no presente trabalho, assim como o desenvolvimento e implementação de programas que atendam às necessidades das gestantes.

6 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. M. *et al.* Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, e20190303, 2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: INFOPEN Atualização Junho de 2016, 2017.

BRONSON, J.; SUFRIN C. Pregnant Women in Prison and Jail Don't Count: Data Gaps on Maternal Health and Incarceration. **Public Health Reports**, v. 134, p.57-62, 2019.

CARVALHO, D. T. P.; MAYORGA, C. Contribuições feministas para os estudos acerca do aprisionamento de mulheres. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 99-116, 2017.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. Levantamento Nacional De Informações Penitenciárias INFOPEN Atualização – junho de 2016. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017.

DIUANA, V.; CORREA, M. C.D.V.; VENTURA, M. Mulheres nas prisões brasileiras: tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 27, p. 727-747, 2017.

HILDER, L. *et al.* Preparing linked population data for research: cohort study of prisoner perinatal health outcomes. **BCM- Medical Research Methodology**. Austrália, v. 16, p. 1-10, 2016.

KELSEY, C. M. *et al.* An Examination of Care Practices of Pregnant Women Incarcerated in Jail Facilities in the United States. **Matern Child Health Journal**. New York, v. 21, p 1260-1266, 2017.

KOTLAR, B. *et al.* Atendendo às necessidades das mulheres encarceradas de serviços relacionados à gravidez e ao pós-parto: desafios e oportunidades. **Perspect Sex Reprod Health**, v. 47, n. 4, p. 221-225, 2015.

MACHADO, N. O.; GUIMARÃES, I. S. A Realidade do Sistema Prisional Brasileiro e o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. **Revista Eletrônica de Iniciação Científica. Itajaí, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas da UNIVALI**. Itajaí, v. 5, n. 1, p. 566-581, 2014.

MATOS K. K. C; COSTA S. S. P; NASCIMENTO E. A. Children of the prison: social representations of women about birth in prison. **Interface (Botucatu)**, v. 23, 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e contexto – enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764. Florianópolis, 2008.

MIGNON, S. Health issues of incarcerated women in the United States. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2051-2060, 2016.

MIRANDA, J. N.; THAINÁ, M. C. Gravidez no cárcere: uma análise do Centro de Reeducação Feminina Maria Júlia Maranhão, políticas de pré-natal à luz da Lei de execução penal. **Revista Jurídica do Ministério Público**, v. 1, n. 11, p. 403-418, 2017.

PENDLETON, V.; SAUNDERS, J. B.; SHLAFER, R. Corrections officers' knowledge and perspectives of maternal and child health policies and programs for pregnant women in prison. **Health and Justice**. Minneapolis, v.8, 2020.

RODRIGUES, D. P. *et al.* O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. **Texto e Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v. 26, n. 3, e5570015, 2017.

RODRIGUES, D. P. **Violência obstétrica no processo do parto e nascimento da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: percepção de mulheres/ puérperas**. [dissertação]. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso

Costa, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal Fluminense. Niterói (RJ), 2014.

SAPKOTA, S.; KOBAYASHI. T.; TAKASE, M. Impact on perceived postnatal support, maternal anxiety and symptoms of depression in new mothers in Nepal when their husbands provide continuous support during labour. **Midwifery**, v. 29, n. 11, p.1264-71, 2013.

SHLAFER R. J; HARDEMAN R.R; CARLSON E. A. Reproductive justice for incarcerated mothers and advocacy for their infants and young children. **Infant Mental Health Journal**. Minneapolis, v. 40, p. 725-741, 2019.

SOUZA, G. C.; CABRAL, K. D. S.; SALGUEIRO, C. D. B. L. Reflexões sobre a assistência em enfermagem à mulher encarcerada: um estudo de revisão integrativa. **Arquivo de Ciências da Saúde da UNIPAR**. Umuarama, v. 22, n. 1, p. 55-62, 2018.

SUFRIN, C. *et al.* Pregnanc y Outcomes in US Prisons 2016-2017. **AJPH Open-Themed Research**. Washington, v.109, 799-805, 2019.

SUFRIN, C.; KOLBI-MOLINAS, A.; ROTH, R. Reproductive Justice, Health Disparities And Incarcerated Women in the United States. **Perspect Sex Reprod Health**, v. 47, n. 4, p. 213-219, 2015.

GESTAÇÃO POR HOMENS TRANS: DESCONHECIMENTO E CONSEQUÊNCIAS GERADAS POR ESTE

Lucas Cruz Torres

Graduando em Medicina da UFCG – Universidade Federal de Campina Grande
lucascruztorre@hotmail.com; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8770834430526070>. Orcid:
<https://orcid.org/0000-0003-0638-0078>

Ana Priscila Franca Correia

Graduando em Medicina da FSM – Faculdade Santa Maria
francaanaprisila@gmail.com; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3591750272270943>. Orcid:
<https://orcid.org/0000-0003-2371-8501>

Veruscka Pedrosa Barreto

Docente do Curso de Medicina na UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, UACV- Unidade Acadêmica Ciências da Vida, CFP- Centro de Formação de Professores. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6152640519839766>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5882-4470>

INTRODUÇÃO: a gestação por “homens trans” (indivíduos nascidos no sexo feminino, mas com identidade de gênero masculina) ainda é pouco discutida, o que contribui para que enfrentem desafios no acesso à saúde. **OBJETIVO:** evidenciar a gestação em “homens trans” e analisar as principais dificuldades no acesso à saúde. **MÉTODO:** revisão integrativa da literatura com busca nas plataformas BVS e Pubmed, por meio dos descritores: “Pregnancy”, “Transgender Persons” e equivalentes em português e espanhol. Foram incluídos textos completos disponibilizados gratuitamente entre 2014 e 2020 e excluídos artigos que tangenciavam o objetivo dessa revisão, sendo incluídos 10 artigos. **RESULTADOS & DISCUSSÃO:** os homens trans tem optado por constituir uma família. Parte deles decide gestar no próprio útero, o que requer: inexistência de redesignação sexual prévia e interrupção da testosterona suplementar. Essa suspensão costuma agravar a disforia de gênero, pois esse indivíduo pode não se adaptar a feminilização do corpo. Ao acessar o serviço hospitalar, esse enfrenta diversos impasses: desrespeito ao nome social e o despreparo da equipe multiprofissional. Isso faz com que alguns “homens trans” evitem buscar o apoio hospitalar. **CONCLUSÃO:** a gestação trans envolve diversas peculiaridades. Assim, os profissionais, precisam fornecer tratamento adequado e respeitar as decisões desses indivíduos.

Palavras-chave: “Acesso aos Serviços de Saúde”, “Gravidez” e “Pessoas Transgênero”

INTRODUCTION: pregnancy by “trans men” (individuals born in the female sex, but with male gender identity) is still little discussed, which contributes to facing challenges in access to health. **OBJECTIVE:** to highlight pregnancy in “trans men” and to analyze the main difficulties in accessing health care. **METHOD:** integrative literature review with search on the BVS and Pubmed platforms, using the descriptors: “Pregnancy”, “Transgender Persons” and equivalents in Portuguese and Spanish. Full texts made available for free between 2014 and 2020 were included and articles that touched the purpose of this review were excluded, with 10 articles being included. **RESULTS & DISCUSSION:** trans men have chosen to start a family. Some of them decide to gestate in the womb, which requires: no previous sexual reassignment and interruption of supplemental testosterone. This suspension usually worsens gender dysphoria, as this individual may not adapt to the feminization of the body. When accessing the hospital service, it still faces several impasses: disrespect to the social name and the unpreparedness of the multidisciplinary team. This causes some “trans men” to avoid seeking hospital support. **CONCLUSION:** trans pregnancy involves several peculiarities. Thus, professionals need to provide adequate treatment and respect the decisions of these individuals.

Keywords: “Pregnancy”, “Transgender Persons” and “Health Services Accessibility”.

1 INTRODUÇÃO

As noções de gênero, apesar de cada vez mais pertinentes, ainda são confusas para boa parcela da população. Nesse sentido, é preciso entender que o sexo é atribuído geneticamente e que o gênero passa por um processo de construção psicológica e social (SILVA, 2017). Há pessoas que se identificam com o gênero esperado para seu sexo biológico, sendo estas cisgênero, porém, também existem pessoas que não se identificam, logo, são transgênero (CHENG *et al.*, 2019) (SILVA, 2017). Essa última situação se aplica ao caso das pessoas transexuais.

Os indivíduos transexuais podem ser: homens transexuais (pessoas geneticamente do sexo feminino que reivindicam o reconhecimento social e/ou legal como homem) ou mulheres transexuais (pessoas que reivindicam o reconhecimento social e/ou legal como mulher) (JESUS, 2012). Isso pode ser mais bem sistematizado na tabela abaixo, que não elenca toda a pluralidade de gêneros, mas apenas aqueles que serão discutidos durante essa obra.

Quadro 1 – Sistematização de gêneros e o modo como devem ser reconhecidos.

Denominação	Nasceu como	Reconhece como
Homem Cis	♂	♂
Homem Trans	♀	♂
Mulher Cis	♀	♀
Mulher Trans	♂	♀

Fonte: autoria própria, 2020.

A transexualidade, então, é uma questão de identidade. Não é uma doença mental e não é uma perversão sexual. Não é uma escolha nem é um capricho. Ela é identificada ao longo de toda a História e no mundo inteiro (JESUS, 2012). Durante o processo de transição de gênero, pode haver a modificação de aspectos sociais, médicos e cirúrgicos, embora nem todos os homens transexuais desejem intervenção em seus órgãos genitais (CHENG *et al.*, 2019).

Com todo o processo de desenvolvimento social, é cada vez mais comum observar os diversos gêneros buscando construir uma família e até mesmo engravidar, seja por meio da gestação no próprio corpo, no de uma parceira ou no de uma substituta. No que concerne a gestação no próprio corpo, tanto procedimentos com

mulheres trans já começaram a tentar viabilizar esse processo, por meio de pesquisas recentes com transplantes de útero (CHENG *et al.*, 2019), quanto medidas com homens trans, que removeram o útero e descontinuaram a testosterona (LIGHT *et al.*, 2014). No entanto, as atitudes da sociedade (apagamento, transfobia e violência) em relação ao gênero ergueram barreiras para a gravidez aberta e para os cuidados reprodutivos adequados com pessoas trans, o que tem promovido diversas dificuldades no acesso ao sistema de saúde por estes (HOFFKLING, OBEDIN-MALIVER, SEVELIUS, 2017).

Poucas pesquisas abordam as necessidades reprodutivas de homens transexuais, experiências de gravidez entre homens trans ou os efeitos da administração exógena de testosterona na fertilidade, gravidez e resultados neonatais. Porém, é extremamente pertinente compreender as experiências dos homens transexuais com fertilidade, gravidez e parto, pois permitirá que os profissionais de saúde aumentem as discussões pré e pós-transição sobre as opções de fertilidade, os papéis dos hormônios do sexo oposto na fecundidade, resultados potenciais do nascimento e apoiar seu bem-estar físico e mental durante a gravidez (LIGHT *et al.*, 2014).

O conhecimento expandido também pode ajudar os profissionais de saúde a apoiar os homens transexuais na obtenção e manutenção de uma gravidez saudável (LIGHT *et al.*, 2014). Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi evidenciar o processo de gestação em homens transsexuais e analisar as principais dificuldades encontradas por eles no acesso aos sistemas de saúde, com o fito de contribuir com a literatura nacional gratuita sobre a temática, uma vez que esta ainda é pouco desenvolvida.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, sendo definida como questão norteadora: “como ocorre o processo de gestação em homens trans e que dificuldades esses indivíduos ainda encontram por haver grande desconhecimento sobre essa realidade?”

A revisão integrativa foi desenvolvida em seis etapas: estabelecimento da questão da revisão, busca na literatura, extração de dados dos estudos primários, avaliação dos estudos primários incluídos na revisão e síntese dos resultados e

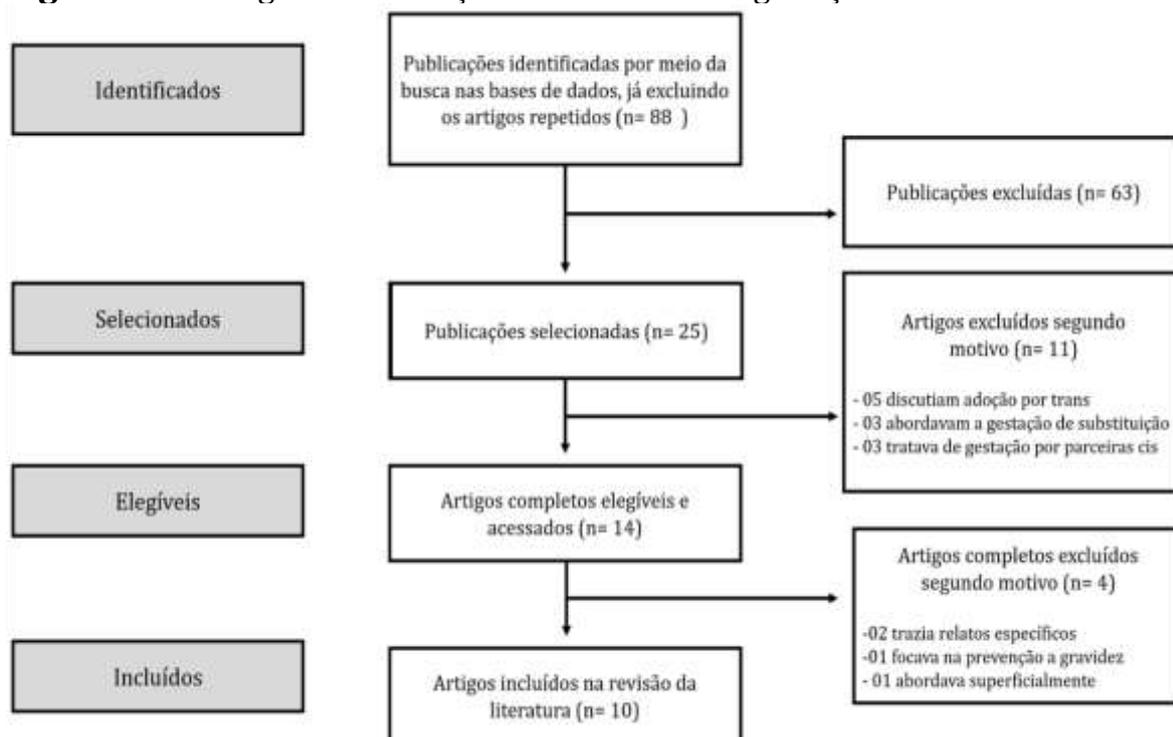
apresentação da revisão. Foram pesquisadas duas bases de dados da área da saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via BVS e Medline via PubMed. A estratégia de busca utilizou uma combinação de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). De modo que os descritores foram utilizados da seguinte maneira: (“Pregnancy” OR “Embarazo” OR “Gravidez”) AND (“Transgender Persons” OR “Personas Transgénero” OR “Pessoas Transgênero”).

Para a seleção dos artigos, os critérios de inclusão foram: ser artigo completo disponibilizado gratuitamente que abordasse a gestação em homens transsexuais e ter sido publicado em inglês, espanhol ou português, entre 1º de janeiro de 2014 e 6 de setembro de 2020, período considerado adequado para levantamento de informações atualizadas. Foram excluídos artigos de opinião, assim como estudos primários que tangenciavam o tema-alvo desse trabalho, abordando gestação em mulheres transsexuais.

3 RESULTADOS & DISCUSSÃO

Foram identificados 88 resultados, já excluídas, desse total, as publicações repetidas. Depois da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 25 foram selecionados para a leitura de resumos e 14 artigos foram lidos na íntegra. Finalmente, 10 artigos compuseram a amostra analisada.

Figura 1 – Fluxograma de seleção de estudos sobre gestação transsexual.



Fonte: autoria própria, 2020.

A amostra foi constituída por estudos publicados entre 2014 e 2019, todos em inglês, devido a carência de abordagem da temática por artigos nacionais. A maior parte das obras utilizadas estavam indexados no Pubmed e no ano de 2017. A maior parte das publicações foi proveniente ainda dos Estados Unidos da América (EUA) e atenderam aos objetivos da revisão. A tabela 1 mostra os títulos das obras, tipos de estudos, período de realização e o delineamento destes.

Quadro 2 – Descrição dos estudos identificados na revisão integrativa

Título do artigo	Autores	Ano	Delineamento do estudo
Fertility concerns of the transgender patient.	CHENG, P. J. <i>et al.</i>	2019	Revisão de Literatura
Transgender Men Who Experienced Pregnancy After Female-to-Male Gender Transitioning.	LIGHT, A. D. <i>et al.</i>	2014	Estudo Demográfico
From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men	HOFFKLING, A.; OBEDIN-	2017	Estudo Transversal

around pregnancy and recommendations for providers.	MALIVER, J.; SEVELIUS, J.		
Attitudes Toward Fertility and Reproductive Health among Transgender and Gender-nonconforming Adolescents.	CHEN, D. <i>et al.</i>	2018	Relatos de Caso
Transgender men and pregnancy.	OBEDIN-MALIVER, J.; MAKADON, H. J.	2016	Revisão de Literatura
ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people.	WERT, G. <i>et al.</i>	2014	Relatos de Caso
Conceptions of transgender parenthood in fertility care and family planning in Sweden: from reproductive rights to concrete practices.	PAYNE, J. G.; ERBENIUS, T.	2018	Relatos de Caso
Transgender men's experiences of fertility preservation: a qualitative study.	ARMUAND, G. <i>et al.</i>	2017	Estudo Transversal
Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment.	ROO, C. D. <i>et al.</i>	2017	Estudo Transversal
Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study.	MACDONALD, T. <i>et al.</i>	2016	Estudo Transversal

Fonte: autoria própria, 2020.

Em relação aos resultados, percebe-se que, no Brasil, ainda não há estabelecida uma discussão acerca da temática que envolve a gestação por homens transsexuais. Nenhuma produção nacional, relaciona diretamente ao objetivo dessa revisão foi encontrada. Além disso, a nível internacional, poucos estudos eram realmente gratuitos e abordavam de modo aprofundado a questão.

3.1 A GESTAÇÃO TRANSSEXUAL

Há uma suposição comum do corpo social de que pessoas trans não desejam ter filhos (CHENG *et al.*, 2019)(CHEN, 2018). Ao contrário, os indivíduos que se

identificam como lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e queer (LGBTQ) estão mais abertos a métodos alternativos de construção de família em comparação com os heterossexuais (CHENG *et al.*, 2019). Associado a isso, as mudanças sociais e o aumento do empoderamento dos indivíduos transsexuais tem contribuído para que homens trans, os quais retenham o útero, engravidem e deem à luz (HOFFKLING; OBEDIN-MALIVER; SEVELIUS, 2017) (WERT, 2014) (PAYNE; ERBENIUS, 2018). Importante considerar que a gestação só é possível naqueles que optam por não intervir cirurgicamente nos órgãos genitais (HOFFKLING; OBEDIN-MALIVER; SEVELIUS, 2017).

Uma grande quantidade dos indivíduos trans deseja constituir uma família e parte considerável destes tem o interesse de gestar no próprio útero (ROO, 2017). Um dos estudos com cerca de 50 homens trans mostrou que 54% desejavam ter filhos (CHENG *et al.*, 2019). Outro estudo com 156 jovens transgêneros mostrou que 35,9% estavam interessados na parentalidade biológica (CHEN *et al.*, 2018).

A gestação em homens trans é bastante diversa, alguns engravidam antes de fazerem a transição social, enquanto outros viviam meio período como homens e outras já viviam como homens há mais de uma década antes de engravidar (HOFFKLING; OBEDIN-MALIVER; SEVELIUS, 2017). Um ponto pertinente é que a maior parte dos homens trans, sob orientação médica, interrompe a administração de testosterona, com o fito de aumentar a proporção de hormônios femininos em relação aos masculinos (CHENG *et al.*, 2019). Essa medida mostra-se eficaz para maturação dos folículos e admissão de um perfil hormonal favorável ao seguimento da gestação, com o mínimo de complicações ao feto. Apesar disso, o estudo de Obedin-Maliver e Makadon (2016) questiona a necessidade dessa pausa devido o déficit de conhecimento concreto acerca dos efeitos negativos do uso prévio e permanente da testosterona sobre os recém-nascidos.

3.2 A PAUSA HORMONAL E O RISCO DE DEPRESSÃO

A pausa no uso da testosterona faz com que muitos percebam mudanças no odor, formato do corpo e no timbre da voz. Essas mudanças trazem um forte impacto sobre seu humor, tornando-os irritáveis ou instáveis e menos confortáveis com seus corpos (ARMUAND, 2017). Essa situação agrava ainda mais a disforia de gênero

(desconforto persistente com características sexuais ou marcas de gênero que remetam ao gênero atribuído ao nascer) (MACDONALD, 2016). Alguns dos estudos analisados sugerem que homens transgêneros podem representar uma população de alto risco para depressão pós-parto (LIGHT *et al.*, 2014) (OBEDIN-MALIVER; MAKADON, 2016)(CHENG *et al.*, 2019).

Assim, importante se faz considerar a atenção ao potencial para depressão pós-parto como pertinente, visto que as taxas de depressão e suicídio entre indivíduos trans são maiores do que a média dos adultos. Aliado a isso, a falta de apoio social e familiar, discriminação, agressão e solidão individual durante a gravidez e os pais são fatores comumente relatados por estes (OBEDIN-MALIVER; MAKADON, 2016).

3.3 DIFICULDADES NO ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE

Associado a pré-disposição a depressão, o indivíduo trans tem que lidar com uma série de desafios e barreiras ao cuidado no decorrer do processo de planejamento reprodutivo, concepção, gravidez, parto e período pós-parto. Segundo Hoffkling; Obedin-Maliver; Sevelius (2017) a maioria dessas barreiras pode ser atribuída ao apagamento e/ou transfobia, havendo relatos, ainda, de vários transsexuais que sofreram, por parte dos serviços sociais, ameaças ou tentativas de afastar seus filhos dos cuidados, mesmo antes do nascimento.

Em um dos artigos há relatos de profissionais da saúde que realizaram exames físicos aparentemente desnecessários - especialmente exames pélvicos - e fizeram perguntas que pareciam lascivas, exatificastes, voyeurísticas e supérfluas para o cuidado do paciente (HOFFKLING; OBEDIN-MALIVER; SEVELIUS, 2017). O tratamento durante o atendimento é algo extremamente necessário de ser trabalhado, pois muitos homens trans já estão em um quadro de desconforto por estarem na situação de um exame pélvico, por este envolver penetração de instrumentos ou mesmo pelo simples uso de termos como vagina e ovários, pois agravam ainda mais a disforia de gênero (ARMUAND, 2017). De tal modo, a discriminação e o uso de pronomes inadequados tornam o atendimento a esses indivíduos tão deficitários (LIGHT,2014).

O estudo de Cheng *et al.* (2019) evidencia experiências de pessoas trans que procuraram ou acessaram serviços de reprodução assistida para ter filhos

biologicamente relacionados, constatando que 7 de 11 pessoas entrevistadas tiveram experiências negativas com o prestador de saúde. Alguns exemplos incluem a recusa de serviços com base exclusivamente na identidade de gênero. Na produção de Light *et al.* (2014) há relatos de 40 indivíduos trans que, juntamente com suas parceiras, tiveram contato com a equipe médica, destes 38 casais descreveram-no de modo negativo, especialmente por uso de linguagem cis ou heteronormativa e suposições, problemas com documentação e a negação de certos tratamentos.

Faz-se crucial que ginecologistas, urologistas, bem como todos os integrantes das equipes de saúde, abordem as necessidades específicas desta comunidade e melhorem a experiência do paciente. No estudo de Payne e Erbenius (2018) defende-se a importância da educação para os funcionários, pois muitos não tiveram a chance de ser confrontados com novas formas de pensamento, bem como atentam para a elaboração de instrumentos de coleta de dados que não sejam hetero nem cis-normativos.

Segundo Light *et al.* (2014), em 2009, 99% dos nascimentos nos EUA ocorreram em hospitais, em comparação com 78% dos participantes trans de uma pesquisa analisada. É possível que a escolha do profissional de saúde e o local de entrega tenham sido respostas a experiências negativas reais ou previstas.

Embora os programas de atendimento à saúde para pessoas trans tenham crescido nos últimos anos, ainda existe um grande abismo entre o que é ensinado nos cursos formadores de profissionais de saúde ou programas de pós-graduação e as necessidades dos indivíduos trans. Obedin-Mailver e Makadon (2016) cita que tal déficit no processo formativo contribui para que muitos profissionais de saúde se encontrem despreparados para prestação de um atendimento de qualidade a pessoas trans, o que desencadeia o grande número de encaminhamentos para outros profissionais, coadjuvando para o atraso no atendimento.

A maior parte dessas pessoas expressa ainda o desejo de obter melhores informações sobre as opções de preservação da fertilidade e tratamento, bem como acesso a profissionais de saúde trans-amigáveis (LIGHT *et al.*, 2014). Outro tema comum envolve as experiências emocionais imprevistas associadas à interrupção da testosterona, à gravidez e/ou ao período pós-parto. Para alguns, essas mudanças nas

emoções foram totalmente inesperadas e outros, ainda, as consideraram desafiadoras, mesmo que suspeitassem que poderiam ocorrer.

Muitas participantes não tinham memória de terem sido alertadas sobre a depressão pós-parto antes do parto, ou de terem discutido isso com os profissionais de saúde depois, e se sentiram mal equipadas para diferenciar entre depressão e menos alterações de humor (HOFFKLING; OBEDIN-MALIVER; SEVELIUS, 2017). Desse modo, é pertinente que os profissionais do sistema de saúde estejam preparados para fornecer o atendimento adequado e apoiar esse desejo.

4 CONCLUSÃO

A gestação por homens trans envolve diversos nuances, como a carência de apoio familiar e social, a falta de adequação a feminilização do corpo e ausência de atendimento adequado, o que torna esses indivíduos mais sujeitos à quadros depressivos que precisam receber atenção adequada.

Diante da notória raridade de cuidados eficientes por profissionais da saúde é primordial que ocorra uma inserção dos conceitos de saúde trans nos currículos de graduação, pós-graduação e cursos técnicos relacionados à saúde. Uma vez que o estudante, ao reconhecer que, de fato, essa realidade existe e ao entender os protocolos que devem ser seguidos, terá maior possibilidade de fornecer um atendimento mais correto.

Outrossim, os profissionais e as instituições da área da saúde devem trabalhar ativamente para garantir que suas equipes estejam adaptadas ao trabalho com pacientes transgêneros, que muitas vezes sofrem diversos encaminhamentos pelo simples fato de os profissionais não saberem lidar com essa realidade. É, portanto, pertinente que sejam desenvolvidas mais pesquisas, principalmente em âmbito nacional, pois uma das limitações desse estudo foi justamente a ausência de estudos aprofundados e disponibilizados gratuitamente.

REFERÊNCIAS

ARMUAND, G. *et al.* Transgender men's experiences of fertility preservation: a qualitative study. **Human Reproduction**, v. 32, n. 2, p. 383–390, 1 fev. 2017.

CHEN, D. *et al.* Attitudes Toward Fertility and Reproductive Health among Transgender and Gender-nonconforming Adolescents. **The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine**, v. 63, n. 1, p. 62–68, jul. 2018.

CHENG, P. J. *et al.* Fertility concerns of the transgender patient. **Translational Andrology and Urology**, v. 8, n. 3, p. 209–218, jun. 2019.

HOFFKLING, A.; OBEDIN-MALIVER, J.; SEVELIUS, J. From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. S2, p. 332, nov. 2017a.

JESUS, J. G. de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. 2012. Disponível em: <http://www.diversidadessexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.

LIGHT, A. D. *et al.* Transgender Men Who Experienced Pregnancy After Female-to-Male Gender Transitioning. **Obstetrics & Gynecology**, v. 124, n. 6, p. 1120–1127, dez. 2014.

MACDONALD, T. *et al.* Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, 16 maio 2016.

OBEDIN-MALIVER, J.; MAKADON, H. J. Transgender men and pregnancy. **Obstetric Medicine**, v. 9, n. 1, p. 4–8, mar. 2016.

PAYNE, J. G.; ERBENIUS, T. Conceptions of transgender parenthood in fertility care and family planning in Sweden: from reproductive rights to concrete practices. **Anthropology & Medicine**, v. 25, n. 3, p. 329–343, 2 set. 2018.

ROO, C. D. *et al.* Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment. **Reproductive BioMedicine Online**, v. 34, n. 6, p. 557–566, 1 jun. 2017.

SILVA, LKM DA *et al.* Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, pág. 835–846, jul. 2017.

WERT, G. *et al.* ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. **Human Reproduction**, v. 29, n. 9, p. 1859–1865, 1 set. 2014.

MELHORIA NA ASSISTÊNCIA PRÉ- NATAL NA PARAÍBA COMO INDICADOR DE SAÚDE

Gabriel Campos Alves Batista

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), no Centro de Formação de Professores (CFP). Email: gabrielbats1571@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6546290193345173>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7362-5322>.

Luana de Almeida Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), no Centro de Formação de Professores (CFP). Email: lua.almeida@outlook.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0130189436420108>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1777-3109>.

Maria Isadora Benedito de Araújo

Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio. Email: isabenedito22@outlook.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5497081419175753>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1171-4557>.

Maria Heloisa Alves Benedito

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), no Centro de Formação de Professores (CFP). Email: heloisalvesb@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5343364781341583>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4409-9335>.

Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral

Enfermeira, mestre com doutorado em andamento em Ciências da Saúde pela FMSCM-SP. Docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), no Centro de Formação de Professores (CFP). Email: symara_abrantes@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9308542814186010>. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7456-5886>.

As consultas realizadas durante o pré-natal buscam o desenvolvimento de ações que garantam à gestante a promoção, prevenção e assistência à saúde, com acompanhamento dos profissionais da saúde, realizando exames regulares que são indicados para o acompanhamento e desenvolvimento da gestação, categorizando a gravidez em baixo ou alto risco, promovendo, ainda escuta qualificada e garantindo a integralidade das ações pelo reconhecimento das singularidades das mulheres. Dessa forma, o objetivo do estudo é analisar a assistência do pré-natal prestado a gestantes usuárias de serviços de saúde no estado da Paraíba, com base na concretização das premissas relativas ao número de consulta. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com utilização dos dados secundários do Sistema de Informação dos Nascidos Vivos. Foram analisados dados entre os anos de 2014 a 2018 na Paraíba, nos quais se identificou um aumento no número de consultas de pré-natal neste espaço de tempo. Concluindo-se que houve uma melhoria no processo gestor, no que tange a atenção à saúde da gestante, apresentando, o número de consultas como indicador de avaliação assistencial.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação; Saúde Materno-Infantil; Cuidado Pré-Natal.

The consultations carried out during the prenatal care seek the development of actions that guarantee the pregnant woman the promotion, prevention and health care, with the accompaniment of the health professionals, carrying out regular exams that are indicated for the monitoring and development of the pregnancy, categorizing the pregnancy low or high risk, promoting, still qualified listening and guaranteeing the integrality of the actions by recognizing the singularities of women. Thus, the objective of the study is to analyze the prenatal care provided to pregnant women who use health services in the state of Paraíba, based on the realization of the premises related to the number of consultations. This is a descriptive, exploratory study, using secondary data from the Live Birth Information System. Data were analyzed between the years 2014 to 2018 in Paraíba, in which an increase in the number of prenatal consultations was identified in this period of time. In conclusion, there was an improvement in the management process with regard to the health care of pregnant women, presenting the number of consultations as an indicator of care assessment.

KEYWORDS: Gestation; Maternal and Child Health; Prenatal care.

1 INTRODUÇÃO

Durante o período gravídico da mulher, faz-se necessário a realização de um acompanhamento pela equipe de saúde que vise garantir a promoção, prevenção e a assistência à saúde para a mãe e o bebê, por meio das consultas de pré-natal. Por meio do pré-natal objetiva-se acompanhar o desenvolvimento da gestação em sua totalidade, assim como permitir para a gestante a realização de um parto seguro, em que o recém-nascido seja saudável e que não ocorram complicações que não sejam propícias para a saúde da mãe. Ademais, são desenvolvidas ações em saúde que promovem a educação e prevenção em saúde incluindo aspectos psicossociais (BRASIL,2012).

A primeira porta de entrada de acesso aos serviços de saúde pela população brasileira é por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo assim, é por meio delas que as gestantes devem ser acolhidas, essas devem ofertar uma assistência com acompanhamento longitudinal e continuado, para atender as suas necessidades durante todo o período gestacional e puerperal. As ações desenvolvidas na Atenção Básica visam garantir a integralidade do cuidado por meio de uma assistência multiprofissional para prevenir e conduzir qualquer complicação que a gestante possa desenvolver (BRASIL, 2012).

A realização de um pré-natal adequado é de extrema importância, tendo em vista que por meio dele permite-se ao profissional da saúde prevenir, diagnosticar e tratar eventuais complicações que podem ser desenvolvidas durante o período gravídico. Os profissionais da saúde devem ofertar uma escuta qualificada com um atendimento de qualidade, garantindo a equidade, orientando e prevenindo a respeito dos riscos e vulnerabilidades que a mulher está predisposta. Caso a gestante desenvolva alguma patologia durante esse tempo, deve ser encaminhada para a realização do pré-natal de alto risco, com assistência especializada para garantir a saúde e bem-estar do binômio mãe-filho (TOMAZETTIA *et al.*, 2018).

A partir das consultas de pré-natal é realizada anamnese, na qual se discute sobre aspectos epidemiológicos, antecedentes familiares e pessoais, ginecológicos, obstétricos e a atual condição da gestação. Além disso, têm-se como procedimentos a realização dos exames que são preconizados para se acompanhar a saúde da mulher e o desenvolvimento do bebê, avaliação do estado nutricional dessa, são realizadas

orientações a respeito da via de parto, com incentivo ao parto normal, corroborando na redução de parto cesárea, durante o pré-natal a mulher deve receber as vacinas recomendadas pelos órgãos de saúde. Todas as condutas tomadas pela equipe de saúde devem promover a escuta qualificada, garantindo a integralidade das ações pelo reconhecimento das singularidades de cada mulher (BRASIL,2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a realização de igual ou superior a 6 consultas de pré-natal, sendo distribuídas em: uma no primeiro trimestre que corresponde até 13^o semana, duas consultas devem ser no segundo trimestre da 14^o semana até a 27^o semana e terceiro trimestre acima da 28^o semana, sendo essas consultas quinzenais (BRASIL, 2013).

É de extrema importância para a gestante o acesso ao pré-natal durante o 1^o trimestre de gestação para que possa ser categorizada como uma gestação de alto risco ou de baixo risco, tendo em vista que através das consultas podem ser realizados diagnósticos precoces de possíveis complicações que a mulher venha a desenvolver, das quais caso seja necessário a realização de intervenções, tendo em vista que interferem no estado de saúde tanto da mãe quanto do bebê, tornando-os vulneráveis (BRASIL, 2016).

No entanto, diversos são os fatores capazes de distanciar as gestantes desse acompanhamento, tais como: desigualdade regional e social ao acesso de um cuidado adequado, início tardio da procura da assistência médica, número inadequado de consultas, realização incompleta de procedimentos necessários, falta de vinculação entre a gestante e a equipe de saúde, falta de incentivo e captação das gestantes pela equipe de saúde (VIELLAS *et al.*,2014).

O objetivo deste estudo é analisar a assistência oferecida do pré-natal às gestantes que são assistidas pelos serviços de saúde públicos e/ou privados no estado da Paraíba, avaliando sua adequação diante critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, sua sistematização, assim como o perfil das usuárias dos serviços de pré-natal.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório, utilizando os dados secundários do Sistema de Informação dos Nascidos Vivos (SINASC), no período de tempo entre o mês de agosto de 2020 ao mês de setembro do mesmo ano, em que foram

coletados os índices de consultas de pré-natal realizadas no Brasil, no estado da Paraíba, entre os anos de 2014 a 2018. Ademais foram realizadas buscas nas bases de dados online de trabalhos científicos, no Scientific Electronic Library Online (SCIELO) a partir das palavras-chaves: Gestação; Saúde Materno-Infantil; Cuidado Pré-Natal, utilizando o operador booleano AND, que resultou em 20 artigos filtrados entre os anos de 2012 a 2019, dos quais 11 foram utilizados para compor este trabalho.

3 RESULTADOS

Analisando os dados entre os anos de 2014 a 2018 na Paraíba, identificou-se o total de 290.403 consultas de pré-natal realizadas. Para uma melhor compreensão, foram filtradas as variáveis: idade, cor/raça, estado civil e escolaridade. Em que o primeiro aspecto a ser explorado foi o número de consultas, conforme dados do gráfico 01.

Gráfico 1 – Incidência no número de consultas de pré-natal no Estado da Paraíba entre os anos de 2014 a 2018.

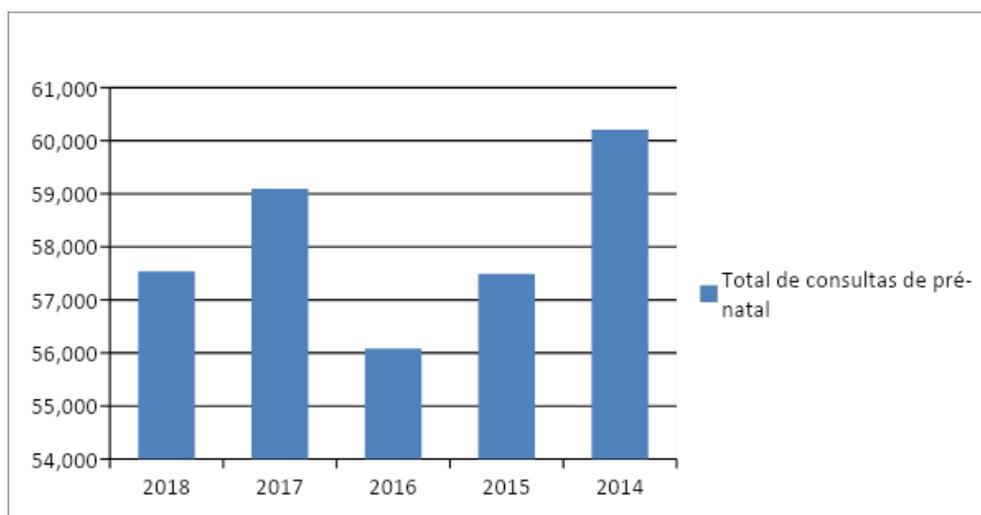


Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

A partir dos dados presentes no gráfico foi possível comparar os anos de 2014 a 2018 no Estado da Paraíba. Com isso, identificou-se que a assistência ao pré-natal obteve um aumento significativo de 1.684 consultas do ano de 2014 para 2015, após esse período houve uma redução de 2.391. A partir desse período, foi observado um constante aumento, de aproximadamente 20%, totalizando um agravo de 2.732 consultas em 2017 e seguido de um crescimento de 2.766 consultas para o ano de 2018.

Sendo assim, durante os anos estudados identifica-se um aumento progressivo a cada ano no número de consultas de assistência ao pré-natal, o que resultou no ano de 2018 o maior índice no número de consultas, totalizando uma taxa de 71% na realização de 7 ou mais consultas. Além do aumento no número de 4 a 6 consultas, resultando em um aumento de 21% também no ano de 2018.

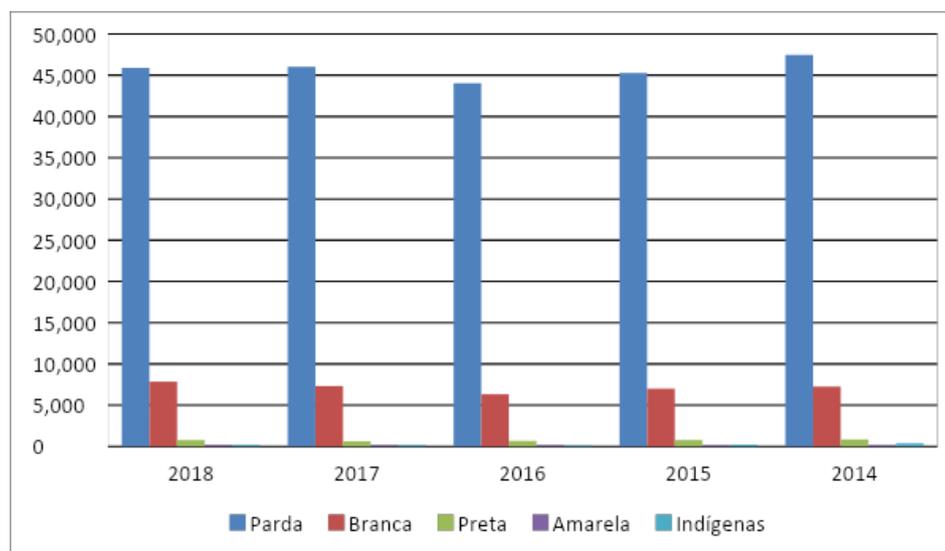
Gráfico 2 – Total de consultas de pré-natal no Estado da Paraíba entre os anos de 2014 e 2018.



Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Observa-se o número total de consultas de pré-natal realizadas no decorrer de cada ano no gráfico, em que é possível identificar dentre o período de tempo pesquisado o ano de 2016 com a menor incidência: 56.083, e em contrapartida após esse ano, tem-se um aumento considerável de consultas, totalizando no ano de 2018 o quantitativo de 60.203 atendimentos realizados. Ao longo dos anos estudados foram feitas 290.403 consultas de pré-natal no estado da Paraíba.

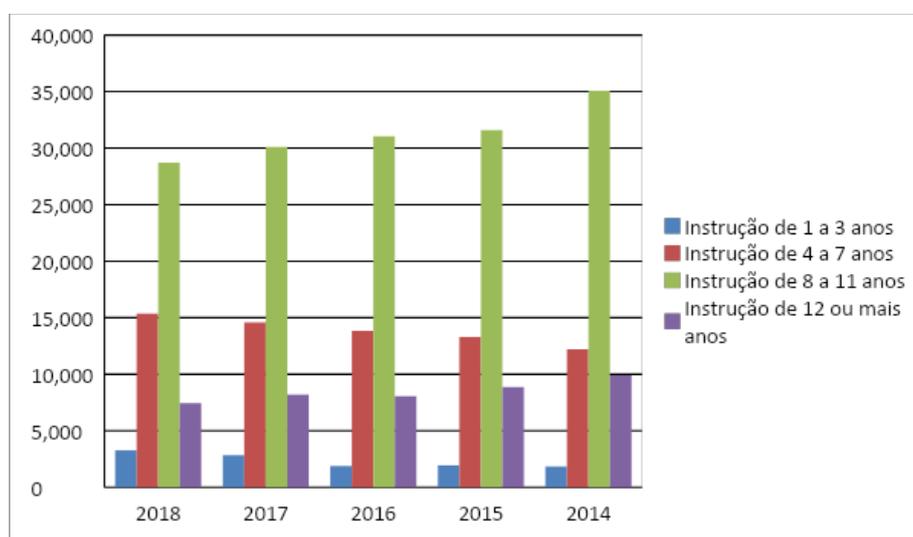
Gráfico 3 – Cor e raça autodeclaradas durante o pré-natal no Estado da Paraíba entre os anos de 2014 e 2018.



Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

De acordo com o gráfico acima, observa-se as diversidades de cor/raça, nesse sentido, verifica-se que as mulheres de cor parda são predominantes com o passar dos anos, ao se tratar do maior número de consultas. Seguidos desse grupo, as mulheres de cor branca, e posteriormente do público de cor negra, e em última posição estão as mulheres indígenas, as quais detêm o menor índice de consultas de pré-natal.

Gráfico 3 – Grau de instrução das mulheres que realizaram consulta de pré-natal no Estado da Paraíba entre os anos de 2014 e 2018.



Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

No gráfico acima, é comparado o nível de escolaridade das mulheres que realizaram consultas de pré-natal em cada ano. Tendo como destaque as gestantes com instrução entre 8 a 11 anos, em seguida gestantes com instrução de 4 a 7 anos, e, posteriormente as que possuem 12 anos ou mais.

4 DISCUSSÃO

A assistência ao pré-natal é oferecida na atenção primária, na qual os parâmetros utilizados do estudo têm relação com os resultados obstétricos e dos processos de trabalho, o que se torna indispensável na melhoria dos cuidados ao binômio mãe-filho. Fachini *et al.*, 2018 destaca a importância no aumento da efetividade da Estratégia Saúde da Família, considerando seu efeito mediador na atenção à saúde.

O objetivo central dos exames realizados no pré-natal é o reconhecimento de possíveis intercorrências no período gestacional, quando é possível realizar um planejamento prévio para intervenções, a fim de resguardar a saúde da mãe e do feto (BRASIL, 2005).

Um dos componentes que serve como instrumento de comunicação e avaliação entre a equipe de assistência e a gestante é o cartão de pré-natal, sendo possível identificar intercorrências e condutas utilizadas de acordo com a individualidade de cada gestante (VIELLAS *et al.*, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) as novas diretrizes indicam que mulheres devem ter seu primeiro contato com o atendimento da equipe de saúde especializado durante as 12 primeiras semanas de gestação, apresentando com o exame uma maior percepção da idade gestacional, o que se torna essencial para o monitoramento da evolução gestacional (LEAL *et al.*, 2020).

O Ministério da Saúde (MS) preconiza que, durante a gestação, sejam realizadas, no mínimo, 6 consultas de acompanhamento pré-natal. No entanto, há diversos fatores que interferem em uma assistência ou até mesmo a realização efetiva para garantir a saúde da mãe e filho (BRASIL, 2005).

Os dados que foram analisados expõem um aumento no número de mulheres que realizaram consultas de pré-natal, essa evolução se deve ao melhoramento das

condições que distanciavam anteriormente a gestante desse acompanhamento. Dessa forma, ao passar dos anos é observado que esses fatores estão sendo minimizados, tais como: desigualdade regional e social ao acesso de um cuidado adequado, em razão da não existência, em muitas cidades do Estado, uma estrutura que possa dar o suporte que a gestante necessita para a consulta, como também, por questões financeiras e de apoio familiar, em que essas gestantes têm dificuldade em se deslocar e até percorrer grandes distâncias para cidades que oferecem o suporte adequado, e não têm o auxílio da família ou do próprio parceiro, o que inicia a procura tardia da assistência médica, logo, a gestante é afetada, não tomando as medidas necessárias para uma gestação segura (VIELLAS *et al.*, 2014).

Pode ser observado nos dados coletados que quanto menor for o nível de escolaridade da gestante, menor são os números de consultas realizadas, corroborando com um maior risco de mortalidade materna, tendo em vista que o acesso limitado à educação gera resultados negativos, que refletem na compreensão ineficiente das orientações de saúde e a dificuldade em identificar uma situação de risco. (RUAS *et al.*, 2020).

Além disso, um dos motivos mais presentes no que tange à assistência ao pré-natal é o número inadequado de consultas realizadas, o qual é notório principalmente no ano de 2016, contribuindo com a realização incompleta de procedimentos necessários pelos profissionais de saúde para o acompanhamento da gestação e a falta de conhecimento e orientação dessas gestantes, as quais acabam não tendo consciência dos seus direitos nos serviços de saúde no decorrer da assistência que lhe é prestada, essa deve ser uma assistência integral e individualizada (BRASIL, 2005).

Em adição, o que corrobora para a falta de acompanhamento no pré-natal é a falta de incentivo e captação das gestantes pela equipe de saúde, refletindo na falta de vinculação entre a gestante e a equipe de saúde (VIELLAS *et al.*, 2014).

No entanto, com o passar dos anos identifica-se que a assistência pré-natal atingiu um maior quantitativo de gestantes, contudo, as condições de desigualdades sociais continuam presentes, sendo perceptíveis ao analisar os dados em que o estudo aborda, durante os anos de 2014 a 2018, quando nota-se um aumento em potencial dos índices de consultas realizadas no Estado da Paraíba ao longo dos anos. Assim como fatores de cunho social que interferem na adequação a assistência pré-natal por um

maior quantitativo de mulheres, principalmente as pretas e indígenas (VIELLAS *et al.*, 2014).

5 CONCLUSÃO

A partir da análise de dados, é possível revelar que houve uma melhoria no processo gestor no que tange à atenção à saúde da gestante, haja vista o número de consultas de pré-natal ter aumentado ao longo dos anos analisados, assim evidenciando o pré-natal como indicador de avaliação assistencial.

Os resultados se devem a ampla informação e orientação oferecidas pelos órgãos de saúde, havendo uma captação e incentivo maior pelos profissionais da área, buscando difundir cada vez mais sobre a importância do pré-natal e seu acompanhamento durante todo o período gravídico de forma adequada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério Atenção qualificada e humanizada**. 1^a ed, Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1^a ed, n 32. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1^a ed, n 32. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. 1^a ed. Brasília, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2001. DATASUS. **Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC**.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v.37, n.3, p.:140-147, 2015.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILELIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 208-223, set. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 set. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>.

LEAL, Maria do Carmo *et al.*. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 54, 08, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100206&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2020. Epub Jan 20, 2020. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>.

RUAS, Carla Alaíde Machado *et al.*. Profile and spatial distribution on maternal mortality. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 20, n. 2, p. 385-396, June 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000200385&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Sept. 2020. Epub Aug 05, 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200004>.

TOMAZETTI, Bárbara Maldonado *et al.*. A qualidade da assistência pré-natal sob olhar multiprofissional. **Ciência&Saúde** 2018;11(1):41-50. Available from <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/about/>>. <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2018.1.27078>

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.*. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>

PERFIL AVALIATIVO DE MORTALIDADE DE MULHERES NA IDADE FÉRTIL NA PARAÍBA

Gabriel Campos Alves Batista

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), no Centro de Formação de Professores (CFP). Email: gabrielbats1571@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6546290193345173>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7362-5322>.

Luana de Almeida Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), no Centro de Formação de Professores (CFP). Email: lua.almeida@outlook.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0130189436420108>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1777-3109>.

Maria Heloisa Alves Benedito

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), no Centro de Formação de Professores (CFP). Email: heloisaalvesb@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5343364781341583>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4409-9335>.

Maria Isadora Benedito de Araújo

Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio. Email: isabenedito22@outlook.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5497081419175753>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1171-4557>.

Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral

Enfermeira, mestre com doutorado em andamento em Ciências da Saúde pela FMSCM-SP. Docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), no Centro de Formação de Professores (CFP). Email: symara_abrantes@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9308542814186010>. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7456-5886>.

A assistência multiprofissional torna-se primordial para assegurar à mulher uma boa saúde. No entanto, há mulheres que por fatores variados não possuem esse acompanhamento ou o possuem de forma incompleta, sendo alvo desse estudo as mulheres em idade fértil, que de acordo com Ministério da Saúde são civis com idade entre 10 a 49 anos. A partir desses dados, pode ser apresentado o número de óbitos de mulheres na idade fértil. O objetivo do estudo é analisar a mortalidade da mulher em idade fértil associada a estatísticas relacionadas a idade, cor/raça, escolaridade, paridade e estado civil, no Estado da Paraíba. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com utilização de dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Entre os anos de 2014 a 2018, no Estado da Paraíba. O índice de mortalidade se deriva de diversos fatores em mulheres que já obtiveram gestações, podendo estar relacionado a causas obstétricas diretas ou fatores indiretos. Os dados revelam que houve uma redução no índice de mortalidade, havendo melhoria em relação ao número de óbitos de mulheres em idade fértil, apresentando, dessa forma, como fatores avaliativos a redução de casos no Estado da Paraíba.

PALAVRAS-CHAVE: Registros de Mortalidade; Saúde Pública; Mortalidade Materna; Estatísticas Vitais.

Multiprofessional assistance is essential to ensure good health for women. However, there are women who, due to evaluated factors, do not have this follow-up or have it in an incomplete way, being the target of this study women of childbearing age, who according to the Ministry of Health are women aged 10 to 49 years. From these data, the number of deaths of women of childbearing age can be presented. The objective of the study is to analyze the mortality of women of childbearing age associated with statistics related to age, color / race, education, parity and marital status in the State of Paraíba. This is a descriptive, exploratory study, using secondary data from the Mortality Information System of the Informatics Department of the Unified Health System. Between the years 2014 to 2018, in the State of Paraíba. The mortality rate is derived from several factors in women who have already had pregnancies and may be related to direct obstetric causes or indirect factors. The data reveal that there was a reduction in the mortality rate, with an improvement in relation to the number of deaths of women of childbearing age, thus presenting, as evaluative factors, the reduction of cases in the State of Paraíba.

KEYWORDS: Mortality Records; Public Health, Maternal Mortality; Vital Statistics.

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher foi vinculada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, tendo demandas relacionadas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, retratavam uma visão restrita sobre a mulher, a qual era pautada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

Dessa forma, essa política de atenção à Saúde da Mulher, foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde, tendo como objetivo destacar os direitos delas, foram elaboradas ações de saúde de forma interdisciplinar para melhorar as condições de vida das mulheres, buscando a amplificação, humanização e qualificação no atendimento da mulher pelo SUS, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade. (TURAZI *et al.*, 2019)

De acordo com o Ministério da Saúde, a mulher tem sua idade fértil entre 10 a 49 anos. A partir dessa premissa, a mulher torna-se propícia a inúmeros fatores que podem interferir em sua saúde, no que tange aos riscos sexuais e reprodutivos que são objetos de nosso estudo. A taxa de mortalidade materna acontece também, devido problemas de condições de vida da população, falta de acesso aos serviços de saúde e as mudanças no estilo de vida adotadas pelo sexo feminino, como o aumento do consumo de bebida alcoólica, fumo, práticas de esportes e sua maior relação no mercado de trabalho, deixando-as expostas a fatores de riscos. (DE BRITO PITILIN *et al.*, 2019)

Mesmo sendo as mulheres a maior parte da população que procura por serviços de saúde, a mortalidade em idade fértil soma fatores de risco comuns, devido hábitos de vida e novos fatores de risco relacionados à gravidez e ao parto, sendo necessária uma maior atenção na saúde da mulher em geral nesse período (MARTIN *et al.*, 2018)

Laurenti *et al.* realizou um estudo em São Paulo sobre a mortalidade em mulheres na idade fértil, de acordo com 50% dos óbitos de 1986, essa pesquisa teve como resultados as principais causas de mortes em mulheres nesse período, tais como: doenças do aparelho circulatório, causas externas, causas maternas e neoplasias. O

presente estudo também mostrou que a razão de mortalidade materna, que antes era de 44,5% passou a ser de 99,6%. (MARTIN *et al.*, 2018)

A saúde e a doença estão interligados e fazem parte de um processo que resulta na atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso implica em afirmar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (BRASIL, 2004).

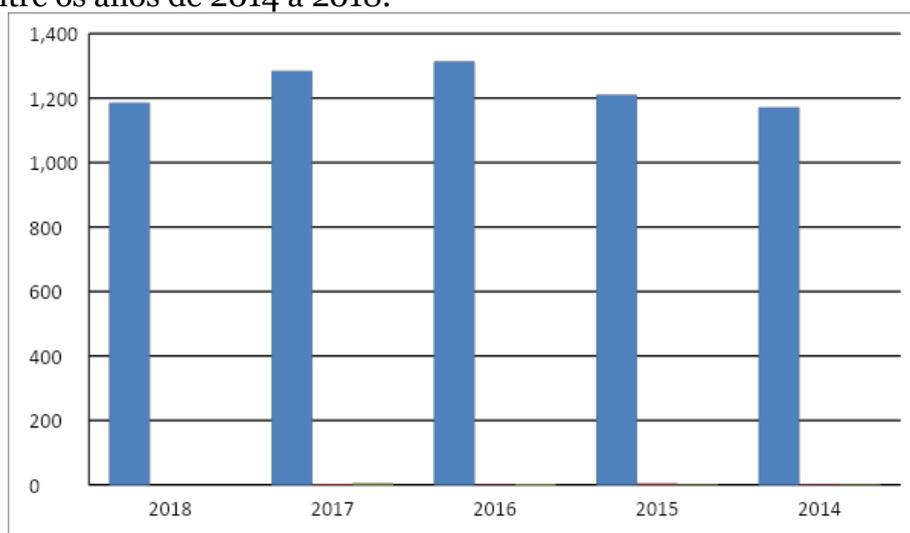
2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório, utilizando os dados secundários do Sistema de Informação dos Nascidos Vivos (SINASC), no período de tempo entre o mês de agosto de 2020 ao mês de setembro do mesmo ano, em que foram coletados o número de óbitos de mulheres em idade fértil no estado da Paraíba entre os anos de 2014 a 2018. Ademais, foram realizadas buscas nas bases de dados online de trabalhos científicos, no Scientific Electronic Library Online (SCIELO) a partir das palavras-chaves: Registros de Mortalidade; Saúde Pública; Mortalidade Materna; Estatísticas Vitais, utilizando o operador booleano AND, que resultou em 20 artigos filtrados entre os anos de 2012 a 2019, dos quais 11 foram utilizados para compor este trabalho.

3 RESULTADOS

Analisando os dados entre os anos de 2014 a 2018 na Paraíba, identificou-se o total de 6.163 mortes no período de tempo. Para o estudo, foram analisadas associações às estatísticas em relação à idade, cor/raça, escolaridade, paridade e estado civil no Estado da Paraíba. Em que o primeiro aspecto a ser explorado foi o número de óbitos a cada ano, conforme dados do gráfico 01.

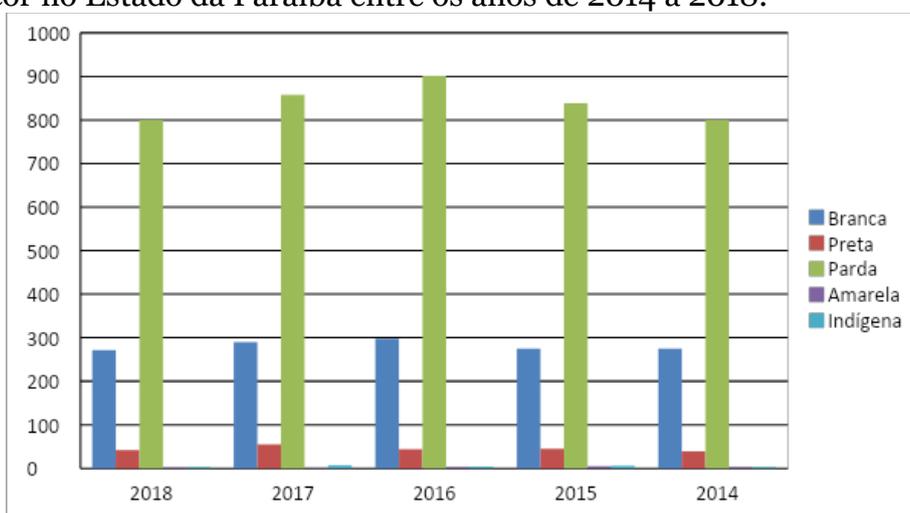
Gráfico 1 – Incidência no número de óbitos de mulheres na idade fértil no Estado da Paraíba entre os anos de 2014 a 2018.



Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Durante o período compreendido entre 2014 e 2018 tem-se um número total óbitos de mulheres na idade fértil na Paraíba. Sendo assim, os números foram analisados de forma decrescente. No ano de 2014 ocorreram 1.185 mortes, em 2015 houve um aumento dessa taxa, quando ocorreram 1.284 mortes, em 2016 foi seguido de outro aumento resultando em 1.313 mortes, a partir desse período as mortes tiveram uma queda constante de aproximadamente 20%, resultando, no ano de 2017, o número de 1.210 mortes e decaindo para 1.171 mortes em 2018.

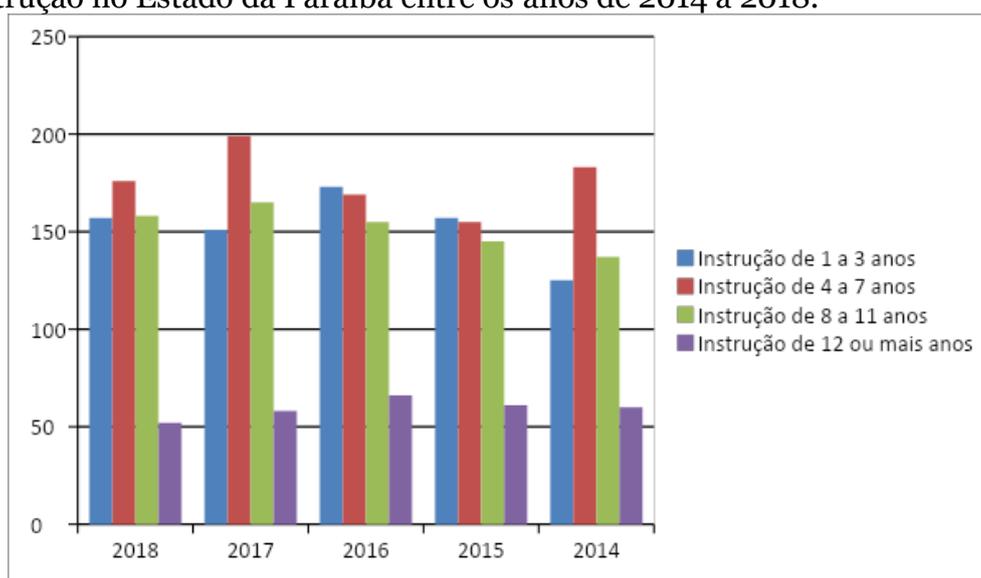
Gráfico 2 – Incidência no número de óbitos de mulheres na idade fértil distribuídas por raça/cor no Estado da Paraíba entre os anos de 2014 a 2018.



Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

De acordo com o gráfico acima, observa-se as diversidades de cor/raça, no qual as mulheres de cor parda são predominantes, ao se tratar do número de óbitos. Seguidos desse grupo, as mulheres de cor branca, e, posteriormente o público de cor negra e indígena, e em última posição estão as mulheres amarelas, as quais detêm o menor índice de óbitos de mulheres na idade fértil.

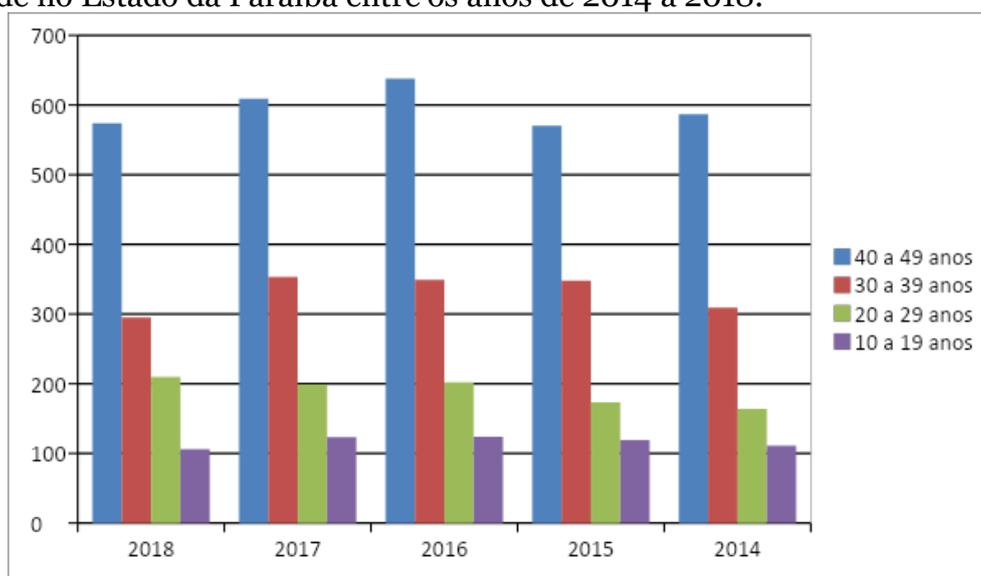
Gráfico 2 – Incidência no número de óbitos de mulheres na idade fértil distribuídas por instrução no Estado da Paraíba entre os anos de 2014 a 2018.



Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

No gráfico acima, é comparado o nível de escolaridade das mulheres que tiveram a maior taxa de mortalidade em cada ano. Tendo como destaque as mulheres com instrução entre 4 a 7 anos, em seguida mulheres com instrução de 8 a 11 anos, posteriormente as que possuem de 1 a 3 anos, e por último as mulheres que possuíam 12 anos ou mais de instrução.

Gráfico 3 – Incidência no número de óbitos de mulheres na idade fértil distribuídas por idade no Estado da Paraíba entre os anos de 2014 a 2018.



Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Por último, pode ser analisado com o gráfico acima, que dentre os dados coletados pelo estudo, as mulheres mais acometidas estão na faixa etária de 40 a 49 anos, seguindo estão as mulheres com idade entre 30 a 39 anos, 20 a 29 anos, e por último 10 a 19 anos.

4 DISCUSSÃO

A política de Atenção à Saúde da Mulher busca fortalecer e evidenciar a importância da participação dos movimentos sociais das mulheres e da sociedade civil, assim como, a comunidade científica, enfatizando a necessidade dos governos tanto em âmbito estadual quanto municipal, levando de forma considerável a diversidade presente em seus territórios, adaptando a política com as necessidades das mulheres (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde adota diversas medidas a fim de melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher, bem como registrando os óbitos maternos, implementando uma vigilância epidemiológica de mortalidade materna como uma atribuição de municípios e estados, designando prazos e fluxos da investigação (BRASIL, 2009).

Os dados analisados expõem um decréscimo no número de óbitos de mulheres em idade fértil, essa evolução se deve por fatores associados ao número de óbitos, tais como: baixo nível de escolaridade, no qual as mulheres não compartilham de um conhecimento sobre hábitos saudáveis e não possuem uma orientação adequada quanto à prevenção de doenças. Além disso, possuem dificuldade ao acesso na assistência de saúde. O índice de mortalidade também se deriva de diversos fatores em mulheres que já obtiveram gestações, podendo estar relacionado a causas obstétricas diretas, com relação ao período gravídico, parto e puerperal, por intervenções, omissões ou eventualidades que podem resultar em hemorragia, infecção puerperal, hipertensão, tromboembolismo, acidente anestésico ou fatores indiretos, os quais se caracterizam por doenças preexistentes ou que se desenvolveram na gestação, tais como: cardiopatia, colagenases e outras doenças crônicas. (GIL; GOMES-SPONHOLZ, 2013; MARINHO; PAES, 2010; SOUSA; MEDEIROS, 2012).

A mortalidade materna é vista como um indicador da atenção à saúde da mulher, havendo a necessidade de ajustar a assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, criando vínculo e na responsabilização dos cuidados. Pela realização do estudo, identificaram-se casos de óbitos maternos por causas obstétricas, ligados aos insuficientes cuidados no atendimento à mulher, sendo possível o regresso de doenças (RUAS *et al.*, 2020).

No estudo realizado, o maior número de óbitos era predominante entre as mulheres pardas, devido apresentarem uma maior predisposição genética a doenças, principalmente às síndromes hipertensivas na gravidez (SHG). Podendo também ser considerado a exposição em condições de maior vulnerabilidade social, o que interfere no acesso de melhor qualidade nos serviços de saúde. Outro fator que corrobora com o alto número de óbitos é o baixo nível de escolaridade, dessa forma, quanto menos instrução dessas mulheres, maior se torna o risco de mortalidade materna, por possuírem uma compreensão falha diante das recomendações de saúde durante o período gestacional, e o não reconhecimento de riscos (RUAS *et al.*, 2020).

Além disso, os dados analisados mostram que a faixa etária das mulheres mais atingidas está entre 40 a 49 anos. Isso se deve ao desenvolvimento de doenças ao decorrer de sua vida pela falha da não realização de exames preventivos, como exemplo, de câncer de mama e câncer de colo uterino, possuindo uma alta taxa de

mortalidade pelo desenvolvimento dessas doenças (FACCHINI *et al.*, 2018), (AGUILAR; SOARES, 2015).

Por último, tem-se como fator interligado com o número de mortes das mulheres a falta de estrutura ampliada e qualificada para o atendimento de pacientes do público feminino, que é afetada pela falta de estrutura, falta de materiais para exames preventivos, o que corroborou para que em 2018 apenas 30% das equipes tivessem o processo de trabalho nas UBS classificado como adequado. Com isso, as mulheres são afetadas tanto nos cuidados de pós-parto, a imunização de crianças e gestantes, o não rastreamento de câncer de colo de útero e de mama, a negligência do acompanhamento de condições crônicas de saúde quanto ao acompanhamento e monitoramento, visando à integralidade, ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (FACCHINI *et al.*, 2018).

5 CONCLUSÃO

A partir da análise de dados, é possível revelar que houve uma melhoria em relação ao número de óbitos de mulheres em idade fértil, apresentando, dessa forma, como fatores avaliativos a redução de casos no Estado da Paraíba como perfil avaliativo de mortalidade.

Os resultados se devem a ampla informação e orientação oferecidas pelos órgãos de saúde, havendo uma captação e incentivo maior pelos profissionais dessa área, buscando difundir cada vez mais sobre a prevenção de doenças e a importância do acompanhamento da saúde.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, Rebeca Pinheiro; SOARES, Daniela Arruda. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 359-379, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200359&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Sept. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200003>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. 1^a ed, Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno**. 1ªed, Brasília, 2009.

DE BRITO PITILIN, Érica; SBARDELOTTO, Taize. Mortalidade de Mulheres em Idade Reprodutiva: Estudo Comparativo Entre dois Períodos. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 613-619, 2019.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILELIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 208-223, set. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=pt&nrm=iso>. access em 17 set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s114>.

GIL, Mariana Marcos; GOMES-SPONHOLZ, Flavia Azevedo. Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 3, p. 333-337, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300005&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Sept. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300005>.

MARINHO, Ana Cristina da Nóbrega; PAES, Neir Antunes. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 3, p. 732-738, Sept. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300026&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300026>.

MARTIN, Joyce Castro *et al.* Mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil: enfoque na evitabilidade das causas. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE**, 8., 2018, João Pessoa. Anais... João Pessoa: ABRASCO, 2018. 2 p.

RUAS, Carla Alaíde Machado *et al.* Profile and spatial distribution on maternal mortality. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 20, n. 2, p. 385-396, June 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000200385&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Sept. 2020. Epub Aug 05, 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200004>.

SOUSA, Eduardo Sérgio Soares; MEDEIROS, Alinne Urquiza Rodrigues. **Mortalidade materna declarada no estado da paraíba: uma análise sobre os anos de 2006 a 2010**. 25 f. João Pessoa: Universade Federal da Paraíba, 2012.

TURAZI, Carina; PAGANINI, Juliana. O controle social na política nacional de atenção integral à saúde da mulher: um estudo de sua instrumentalização. **Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**, 2019.

PERFIL DA MORTALIDADE MATERNA POR CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRETAS NA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2009 A 2018

Janielle Tavares Alves

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande. janielves30042014@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7882311891344834> Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2656-0191>

Irla Jorrana Bezerra Cavalcante

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande. janielves30042014@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0567245573034254> Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0868-7671>

Antônio Wellington Grangeiro Batista de Freitas

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande. janielves30042014@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5896317519053057> Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4381-646X>

Açucena de Farias Carneiro

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande. fariasacucenna@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9618735099546868> Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4832-9094>

Vitória Sales Firmino

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande. victoria.saless@outlook.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6735941802272459> Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6370-928>

Maria Berenice Gomes Nascimento

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande. berenice_pinheiro@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4768427282114464> Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2095-4832>

OBJETIVO: Analisar o perfil da mortalidade materna por causas obstétricas diretas na Paraíba no período de 2009 a 2018. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa de base secundária do tipo quantitativa e qualitativa, fundamentada na literatura por artigos científicos entre os anos de 2016 a 2020. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o universo da pesquisa foi composto por 346 óbitos maternos na Paraíba e a amostra consistiu em 254 óbitos maternos por causas obstétricas diretas na Paraíba que ocorreram no período de 2009 a 2018. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nota-se que as intercorrências são mais presentes em gestantes que não realizam o autocuidado nesse período, pois vários agravos podem ser evitados com mudanças de hábitos de vida, além disso, o profissional que acompanha o pré-natal deve atuar utilizando a seu favor as tecnologias do cuidado, informar a gestante sobre seus riscos, promover educação em saúde mostrando a melhor forma de manter-se saudável no período gestacional, principalmente se a gravidez for de alto risco, ou seja, além do profissional traçar o melhor plano de cuidados adaptado a gestante, deve garantir que a mesma compreendeu e seguirá todas as recomendações.

Palavras-Chave: Gravidez. Gestação de Alto Risco. Pré-Natal. Mortalidade Materna.

OBJECTIVE: To analyze the profile of maternal mortality due to direct obstetric causes in Paraíba from 2009 to 2018. **METHOD:** This is a secondary research of the quantitative and qualitative type, based on the light of the literature by scientific articles between 2016 and 2020, data from the Mortality Information System (SIM) were used, the research universe consisted of 346 maternal deaths in Paraíba and the sample consisted of 254 maternal deaths from direct obstetric causes in Paraíba that occurred in the period from 2009 to 2018. **FINAL CONSIDERATIONS:** It is noted that complications are more present in pregnant women who do not perform self-care during this period, as several injuries can be avoided with changes in lifestyle, the professional who accompanies prenatal care should act using it in your favor care technologies, inform pregnant women about their risks, promote health education showing the best way to stay healthy during pregnancy, especially if the pregnancy was high risk, that is, in addition to the professional drawing the best care plan adapted to the pregnant woman, she must ensure that she understood and will follow all recommendations.

Keywords: Pregnancy. High Risk Pregnancy. Prenatal Care. Maternal Mortality.

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna pode ser definida como a morte de uma mulher grávida ou em até 42 dias após o término da gestação, por qualquer causa provocada ou agravada pela condição e seu manejo, descartando-se mortes por causas acidentais ou incidentais não relacionadas a gravidez. Constantén *et al.* (2018) consideram essa mortalidade uma manifestação de fracasso quanto a atenção à saúde sexual e reprodutiva.

No fim do século XX, houve muitos avanços científicos e tecnológicos em relação à saúde materna e perinatal. Mortalidade materna é globalmente utilizada como um índice de qualidade do cuidado a gestante, sendo atualmente, um evento raro em países desenvolvidos que apresentaram uma redução de 38% nos casos entre 2000 e 2017 (WHO, 2019).

Segundo Say *et al.* (2014) as causas diretas da morte materna foram as mais comuns, destacando-se as hemorragias, as doenças hipertensivas e o aborto. Entre as causas indiretas evidenciou-se a infecção pelo HIV. Além dos aspectos médicos e fisiopatológicos, cabe também uma menção aos fatores relativos ao cuidado, como a qualidade e acesso durante período gestacional. Outros fatores associados são a idade mais avançada, o estado civil solteira, a baixa escolaridade, residência em área rural e pertencimento a minorias étnicas, assim como o hábito de fumar também foi mais comum entre as mulheres vítimas de morte materna. Além disso, a ausência de acompanhamento pré-natal é um fator preponderante, principalmente quando relacionada aos demais indicadores socioeconômicos.

De maneira geral, as análises relativas às condições socioeconômicas sugerem que a pobreza se associa a morte materna, bem como a grupos étnicos vulneráveis, a migração ou mesmo a ocupação mais perceptível no Brasil, em estados e em regiões mais pobres, como o Nordeste, inclusive a Paraíba, foco deste artigo. A exposição a agentes de risco ocupacionais (como substâncias químicas, sobrecarga física e psicoestressores, entre outros) também afetam a saúde materna, mas os desfechos reprodutivos relacionados ao trabalho são ainda pouco estudados (ASSIS; SANTANA, 2020).

A razão de mortalidade materna é um indicador para análise de variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade materna, investigando situações de desigualdade e tendências que demandam ações e estudos específicos. Esse índice mede a probabilidade de uma mulher vir a óbito por alguma causa relacionada ao ciclo gravídico-puerperal (LIMA *et al.*, 2016).

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de base secundária do tipo quantitativa e qualitativa e para a coleta dos dados foram utilizadas informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). A análise dos dados foi estatística descritiva, classificando os valores absolutos e relativos do estudo e, para isso, os resultados foram fundamentados a luz da literatura por artigos científicos disponíveis entre os anos de 2016 a 2020.

O universo da pesquisa foi composto por 346 óbitos maternos na Paraíba, incluindo os de causa direta e indireta, e a amostra consistiu em 254 óbitos maternos por causas obstétricas diretas na Paraíba que ocorreram no período de 2009 a 2018.

Os dados coletados foram analisados de acordo com estatística simples, com valores absolutos e percentuais, processados pelo Software Microsoft Excel, transformados em uma tabela e quatro gráficos e, em seguida, os resultados foram confrontados segundo a literatura pertinente.

Por se tratar de dados públicos disponibilizados através do livre acesso na plataforma do DATASUS no SIM, não houve necessidade de apreciação do comitê de ética e pesquisa, assim como não conferi nomes dos participantes, dispõe somente valor quantitativo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com os resultados da pesquisa observou-se a quantidade de óbitos maternos por causas diretas na Paraíba de 2009 a 2018 categorizados por variáveis, entre elas: faixa etária, raça/cor, nível de escolaridade e estado civil, demonstrados nas tabelas a seguir.

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos maternos por causas diretas na Paraíba por Faixa etária, 2009 a 2018.

Variável	f	%
Faixa etária		
10 a 19 anos	36	14,1
20 a 29 anos	96	37,7
30 a 39 anos	108	42,7
40 a 49 anos	14	5,5
TOTAL	254	100

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Um estudo mais retrógrado acerca da epidemiologia da mortalidade materna por causas hipertensivas em outro estado da região Nordeste ratificou acentuada taxa de mortalidade em mulheres na faixa etária entre 20 e 39 anos (PEREIRA *et al.*, 2017). Comparativamente, no presente estudo, observou-se no estado da Paraíba maior número de mortes maternas na idade de 30 a 39 anos, sendo assim, essa última se repetiu nos dados referentes à idade em ambos.

Segundo as estatísticas epidemiológicas, o risco de morte materna aumenta substancial e significativamente com o aumento da idade, em que gestantes com idade elevada, sobretudo após os 40 anos, concentrarão mais números de óbitos na razão de morte materna (JANOTTI; SILVA; PERILLO, 2013).

Dentre os fatores de risco elevado consideráveis durante uma gestação, a idade maior que 35 anos se classifica como característica individual desfavorável, assim como idade abaixo de 15 anos. Outras condições sociodemográficas potencializam o risco gestacional, como a baixa escolaridade e situação conjugal insegura (BRASIL, 2010).

Tabela 2 – Distribuição dos óbitos maternos por causas diretas na Paraíba por Raça/Cor, 2009 a 2018.

Variável	f	%
Raça/Cor		
Parda	186	73,2
Branca	47	18,5
Preta	7	2,8
Indígena	3	1,2
Amarela	1	0,4
Ignorado	10	3,9
TOTAL	254	100

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

A mortalidade materna é um indicador epidemiológico de saúde que também denota nível de desenvolvimento de um país ou região e evidencia questões de cunho socioeconômico. No que concerne à raça de mulheres com maior número de óbitos na Paraíba, a pesquisa revelou predominância de morte em mulheres pardas.

Em São Paulo, por exemplo, a mortalidade materna entre mulheres não brancas teve maior magnitude, o estudo também demonstrou através do cálculo da Razão de Mortalidade Materna um número elevado de mortes maternas de mulheres não brancas em quase todas as regiões (KALCKMANN, 2016).

Desse modo, o acompanhamento pré-natal bem executado tem papel significativo na redução da morbimortalidade materna e neonatal, sobretudo considerando as particularidades da gestante e da gestação, como também conduzir um planejamento pré-natal diante disso. Na perspectiva da atenção à saúde da população negra (pretos e pardos), o Ministério da Saúde dispõe de uma política direcionada para essa população, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, incluindo na resolução de número 16 o fortalecimento e articulação estratégicos no combate a problemática da mortalidade materna exacerbada nesse grupo populacional, destacando o acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e a erradicação do racismo institucional (BRASIL, 2017).

Com base nessa perspectiva, a ausência de estratégias de atendimento direcionado as vulnerabilidades da população negra ou ainda a falha na implementação dos princípios do SUS podem ser fatores agravantes na disparidade de raça encontrada na mortalidade materna. Theofiphilo, Rattner e Pereira (2018) ressaltam a correlação entre raça e fatores socioeconômicos ou determinantes como contribuintes para a vulnerabilidade que repercutem na acessibilidade e atenção aos serviços de saúde.

Em busca de melhorias no cenário de atendimento as diferentes raças, com direcionamento específico àquelas mais vulneráveis, Batista *et al.* (2016) projetam uma estratégia baseada na humanização, desde a esfera da gestão política ao atendimento profissional e conscientização social, como forma de intervenção na perspectiva de minimizar os impactos da mortalidade materna na população feminina não branca, a qual direta ou indiretamente enfrenta problemas de racismo.

Tabela 3 – Distribuição dos óbitos maternos por causas diretas na Paraíba por Escolaridade, 2009 a 2018.

Variável	f	%
Escolaridade		
Nenhuma	6	2,4
1 a 3 anos	26	10,2
4 a 7 anos	44	17,3
8 a 11 anos	41	16,2
12 anos ou mais	8	3,1
Ignorado	129	50,8
TOTAL	254	100

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

A vulnerabilidade da mulher a mortalidade materna está relacionada também a outros fatores de ordem socioeconômicos, dentre eles destacam-se a baixa escolaridade. Mais de 50% das mães não possuem mais de 7 anos de estudo, ou seja, não concluíram o segundo grau.

A baixa escolaridade está intimamente ligada aos entraves vivenciados por essas mulheres na adesão as boas práticas de saúde recomendadas pelos profissionais e acesso aos serviços básicos de saúde. Isso decorre da relação entre a baixa escolaridade e o baixo poder aquisitivo, em que ambos proporcionam dificuldade de acesso a tratamentos e medidas preventivas (LIMA, 2016).

Logo, a ausência de conhecimento influencia no déficit do cuidado, na autonomia e pode influenciar no desenvolvimento de algumas complicações durante a gravidez, como observou-se que muitas delas poderiam ser evitadas se houvesse entendimento sobre as melhores práticas do cuidado pelas gestantes (MARTINS; SILVA, 2018).

Tabela 4 – Distribuição dos óbitos maternos por causas diretas na Paraíba por Estado Civil, 2009 a 2018.

Variável	f	%
Estado Civil		
Solteira	87	34,2
Casada	67	26,4
Viúva	2	0,8
Outro	33	13
Ignorado	65	25,6
TOTAL	254	100

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Ao traçar um perfil sociodemográfico da mortalidade materna, Gomes *et al.* (2018) aponta que mulheres casadas e em união estável seriam contempladas com melhores condições de acesso a medidas de saúde, tratamentos e acompanhamento profissional adequado. Trazendo à tona essa realidade, torna-se visível que mulheres sem união estável – solteiras – representam um grupo mais vulnerável socioeconomicamente, repercutindo diretamente na acessibilidade ao sistema de saúde.

Este dado corrobora com os estudos de Martins e Silva (2018), no qual 57,65% dos óbitos foram em mulheres solteiras, representando maioria. No entanto, nota-se uma relação entre as variáveis, considerando-as como maior grupo de risco, assim como esse dado pode estar associado a menor assistência, pois há muitas mulheres gestantes que residem sozinhas sem presença de acompanhante ou familiar, tornando mais vulnerável e dificultando o cuidado e, dessa maneira expostas a alguma complicação.

4 CONCLUSÃO

Compreende-se que as intercorrências são mais presentes em gestantes que não realizam o autocuidado nesse período gestacional, pois vários agravos podem ser evitados com mudanças de hábitos de vida, o profissional que acompanha o pré-natal deve atuar utilizando a seu favor as tecnologias do cuidado, informar a gestante sobre seus riscos, promover a educação em saúde mostrando a melhor forma de manter-se saudável no período gestacional, principalmente se, se tratar de gravidez de alto risco, ou seja, além do profissional traçar o melhor plano de cuidados adaptado a gestante, deve garantir que a mesma compreendeu e seguirá todas as recomendações.

Com a realização do estudo nota-se que é necessário ampliar os estudos na temática da mortalidade materna principalmente discutir sobre aspectos que podem ser modificados para garantir a saúde da gestante e do bebê, diminuindo o índice de morbimortalidade materna por causas diretas no País.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, A. I. F.; SANTANA, V. S. Ocupação e mortalidade materna. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 64, 2020.
- BATISTA, L. E. *et al.* Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 689-702, Sept. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnica gestação de alto risco. **Editora do Ministério da Saúde**. 5 ed. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed., Brasília. **Editora do Ministério da Saúde**, 2017.
- CONSTANTÉN, S. B. *et al.* Calidad de las estadísticas de mortalidad materna en Cuba, 2013. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 47, 2018.
- GOMES, J. O. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mortalidade Materna. **Revista de Enfermagem UFPE** [Online] 2018.
- JANOTTI, C. B.; SILVA, K. S. da; PERILLO, R. D. Vulnerabilidade social e mortalidade materna no mundo e no Brasil. In: _____ (Org.). *Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade*. **Editora Fiocruz**. Rio de Janeiro, 2013.
- KALCKMANN, S. Mortalidade Materna entre as mulheres negras em São Paulo: Equidade?. **Rev. BIS, Bol. Inst. Saúde** (Impr.); v. 17, n. 2, p. 105-111, Dez. 2016.
- LIMA, D. R. *et al.* Análise dos fatores intervenientes da mortalidade materna. **Enfermagem Obstétrica**, v. 3, p. 25, 2016.
- MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.71 supl.1, Brasília, 2018.
- PEREIRA, G. T. *et al.* Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013. **Rev.Fund. Care Online**. jul/set; v. 9, n. 3, p.653-658, 2017.
- SAY, L. *et al.* Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**, v. 2, n. 6, p. 323-333, 2014.
- THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 23, n. 11, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates** by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2019.

PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM PACIENTES COM CÂNCER: CONGELAMENTO DE TECIDO OVARIANO

Dolores de Albuquerque Ferreiro

FAMENE- Faculdade de Medicina Nova Esperança, acadêmica de Medicina.
doloresaf@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0755276652194678> ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-5754-213X>

Iohanna Melo de Araújo

FAMENE- Faculdade de Medicina Nova Esperança, acadêmica de Medicina.
iohannamelo@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5964853842226794> ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-0356-0922>

Rafaela Leandro de Lima

UNINASSAU- Faculdade Maurício de Nassau, acadêmica de Medicina.
lima_rafaela@yahoo.com.br Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4318551702720962>. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-3199-4701>

Taynah de Almeida Melo

FAMENE- Faculdade de Medicina Nova Esperança, acadêmica de Medicina.
taynah.melo1@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1204719016053542> ORCID:
<https://orcid.org/0000-0001-8139-4045>

Verônica Florêncio Ferraz Torres Duarte

Residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/022246540085892>. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-0410-1672>

A criopreservação de tecido ovariano possui a finalidade de preservar a fertilidade de mulheres jovens em idade reprodutiva, antes do tratamento para doenças malignas. O presente trabalho tem como objetivo analisar o papel e a viabilidade da técnica de congelamento de tecido ovariano (criopreservação) na preservação da fertilidade em pacientes submetidas a tratamentos oncológicos. Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter expositiva com informações coletadas de artigos científicos publicados entre os anos de 2010 e 2018, tendo como base de dados o Scielo, o PubMed e literaturas disponíveis em plataformas digitais. Os critérios de inclusão se basearam em credibilidade da fonte informativa, tema relacionado ao interesse deste estudo e período de publicação de até 10 anos. Os critérios de exclusão foram artigos que não tratassem do tema estudado. Ainda existem especulações a respeito de qual seria a técnica mais adequada para ser usada. A maior preocupação é a reinserção de células malignas de volta às pacientes após o tratamento de câncer, não sendo relatado casos em humanos. Ainda assim com tantas barreiras impostas, há vários relatos de nascimentos após criopreservação do tecido ovariano e seu reimplante ortotópico, concluindo que o método é promissor para preservação da fertilidade em pacientes com câncer.

Palavras-chave: Criopreservação, Preservação da fertilidade, Quimioterapia, Radioterapia.

The cryopreservation of ovarian tissue has the purpose of preserving the fertility of young women of reproductive age, before treatment for malignant diseases. The present work aims to analyze the role and viability of the ovarian tissue freezing technique (cryopreservation) in preserving fertility in patients undergoing cancer treatments. This study is a bibliographic review of an expository character with information collected from scientific articles published between the years 2010 and 2018, using Scielo, PubMed and literature available on digital platforms as a database. The inclusion criteria were based on the credibility of the information source, a topic related to the interest of this study and a publication period of up to 10 years. The exclusion criteria were articles that did not address the topic studied. There is still speculation as to which technique would be most suitable to be used. The biggest concern is the reinsertion of malignant cells back to patients after cancer treatment, with no cases being reported in humans. Even so with so many barriers imposed, there are several reports of births after cryopreservation of ovarian tissue and its orthotopic reimplantation, concluding that the method is promising for preserving fertility in cancer patients.

Keywords: Cryopreservation, Fertility preservation, Chemotherapy, Radiotherapy.

1 INTRODUÇÃO

A cada ano cresce o número de jovens diagnosticadas com câncer. Nesse sentido, no Brasil, em 2008, cerca de 30.000 casos de câncer em mulheres abaixo de 44 anos foram relatados. Além disso, estima-se que em 2012, 52.680 e 4.450 novos casos de câncer de mama e linfoma não Hodgkin, respectivamente, foram declarados (BRASIL, 2012). Com o aumento das taxas de sobrevivência das pacientes e a evolução dos recursos terapêuticos, as repercussões tardias das terapias, que antes não eram frequentes, atualmente assumem um papel importante na qualidade de vida dos sobreviventes de patologia oncológica.

É amplamente conhecido que a quimioterapia e radioterapia, utilizadas no tratamento do câncer, dificultam a sobrevivência das células saudáveis, como as gônadas, levando desse modo a infertilidade feminina (LEVINE *et al.*, 2015), a qual possui relação direta com diversos fatores: o tipo e dose da droga, irradiação utilizada, o tempo de tratamento, a doença em si, a via de administração, presença ou não de um tratamento prévio para infertilidade e a idade do paciente (LONGHI *et al.*, 2003). As drogas utilizadas na quimioterapia atingem diretamente os ovários, induzindo a depleção de ovócitos e a perda hormonal, além disso, o tratamento do câncer interfere no funcionamento do hipotálamo e da hipófise desequilibrando o sistema hormonal feminino. A radiação exerce efeitos adversos sobre a função gonadal, como a perda prematura dos folículos primordiais e a disfunção hormonal (HAGERTY *et al.*, 2006).

Outrossim, as disfunções reprodutivas observadas em pacientes jovens, especificamente no ovário, são atribuídas à falha ovariano prematura, em decorrência das injúrias nas células do pool de reserva e alterações na produção de hormônios. Nessa perspectiva, a criopreservação do tecido ovariano (TO) se tornou uma alternativa inovadora para preservar a fertilidade de pacientes com câncer (DONNEZ; GODIN; NISOLLE, 2010), tendo em vista que muitas mulheres ainda não tiveram filhos ou ainda não possuem prole definida no momento do tratamento, preocupando-se, assim, com sua fertilidade.

Ademais, no momento do diagnóstico do câncer, quase 3/4 das mulheres nulíparas desejam engravidar futuramente, as quais 81% dos adolescentes e 93% dos pais se interessam pela preservação da sua fertilidade, mesmo em tratamentos experimentais. Assim, no decorrer dos anos, a atenção com a qualidade de vida após o

tratamento oncológico impulsionou investigações preventivas ou reducionistas do dano gonadal nesses pacientes.

A criopreservação de tecido ovariano (CTO) tem como finalidade a preservação da fertilidade de mulheres jovens em idade reprodutiva, anterior do tratamento contra doenças malignas (DONNEZ, 2012). Esta técnica consiste em criopreservar o TO idealmente antes das terapêuticas oncológicas, com o objetivo de armazenar folículos primordiais e posteriormente promover a maturação desses folículos, quer seja *in vivo* através do transplante de TO, quer seja *in vitro*. A CTO não interfere com a esteroidogênese e gametogênese do TO, e pode ser realizada em qualquer fase do ciclo menstrual. O programa de Congelamento de Tecido ovariano surgiu no ano 2000 na Dinamarca (JENSEN *et al.*, 2015) e atualmente representa uma técnica promissora capaz de produzir de forma endógena esteroides sexuais, com objetivo de evitar a necessidade de terapêutica de reposição hormonal posterior, além de melhorar a qualidade de vida a longo prazo.

Na atualidade, há protocolos sugeridos por serviços, caracterizados pela recuperação de cerca de 60% a 70% da população de folículos primordiais com viabilidade preservada, através do tecido congelado. As indicações para CTO incluem: risco de falência ovariana prematura FOP superior a 50%; idade inferior a 35 anos (variável de acordo com os níveis de hormona anti-mulleriana (HAM) e contagem de folículos antrais (CFA)); sobrevivida superior a 50% aos 5 anos (variável de acordo com o tratamento); e ausência de doença disseminada e de contradições para cirurgia ou anestesia. Os critérios de Edimburgo incluem ainda serologias negativas para o vírus da imunodeficiência humana (VIH), hepatite e sífilis (YEOMAN; WOLF; LEE, 2005).

Por conseguinte, a possibilidade do tecido criopreservado possuir células tumorais capazes de levar à reincidência da patologia de base representa a maior preocupação relacionada à técnica. Ou seja, torna-se necessário selecionar, de forma cuidadosa, os casos candidatos a reimplante do TO criopreservado, nesse sentido, o cultivo *in vitro* do tecido representa uma excelente alternativa para obter folículos com oócitos aptos à fertilização e à produção de embriões *in vitro* (DOLMANS *et al.*, 2013).

Portanto, as mulheres entre 14 e 40 anos candidatas à quimioterapia e com chance elevada de comprometimento da função ovariana devem ser acompanhadas

por especialistas em Medicina Reprodutiva e o seu oncologista em relação aos métodos de preservação de fertilidade (NIEMASIK *et al.*, 2012).

Entretanto, por ser um momento crítico, caracterizado por decisões delicadas em um curto período, tal conduta não representa uma escolha frequente pelos oncologistas. Há também dificuldade na obtenção de informações atualizadas e acesso aos procedimentos de precaução da fertilidade. O presente trabalho tem como objetivo analisar o papel da criopreservação da fertilidade em pacientes oncológicas

2 METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa. Este método propicia a consistência e a generalização dos resultados constituindo-se de um bom norte para a avaliação do que há de mais relevante nas publicações científicas nos últimos anos acerca desta questão. Tem o intuito de integrar informações, pertencentes a uma determinada área do conhecimento, que se encontram dispersas por entre os diferentes estudos anteriormente realizados.

Foram levantados artigos através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) juntamente com a base de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library (Scielo) e PUBMED. Os critérios de inclusão se basearam em credibilidade da fonte informativa, tema relacionado ao interesse deste estudo e período de publicação de até 10 anos. Os critérios de exclusão foram artigos que não tratassem do tema estudado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O TO, que é retirado da paciente oncológica antes de iniciar o seu tratamento, para posteriormente ser autotransplantado é uma técnica auspiciosa. O congelamento de tecido cortical ovariano surge como uma possibilidade de preservar não só a função reprodutiva da paciente, mas também a capacidade de produção endógena de esteroides sexuais, evitando a necessidade de terapia de reposição hormonal posterior e, portanto, melhorando a qualidade de vida destas pacientes a mais longo prazo.

Em 1999 o Dr. Kutluk Oktay foi o pioneiro neste tipo de procedimento e sua pesquisa foi extremamente relevante para a comunidade científica com resultados

avaliados de 1999 a 2006. Dos 309 procedimentos de congelamento de TO, obtiveram 84 nascimentos e 8 gestações que duraram além do primeiro trimestre. Ainda, desses procedimentos, 113 casos tiveram suas idades especificadas no momento de congelamento do tecido, dando uma média de 27 anos. Ainda, concluiu-se por este estudo que o procedimento também foi capaz de restaurar funções reprodutivas e reverteu a menopausa em quase duas em cada três mulheres (63,9%), inclusive com retomada do ciclo menstrual e crescimento folicular ovariano permitindo a restauração da fertilidade natural na maioria dos casos, já que dois terços foram capazes de conceber naturalmente, enquanto apenas um terço necessitou de fertilização in vitro (SAGE, 2017).

Oktey *et al.* (2000) relatam casos em que houve reimplante do TO no local originário ou em localizações diversas. Na Bélgica, em 2004, foi relatada a primeira gestação espontânea após transplante ortotópico. Donnez; Godin; Nisolle (2010), confirmam a eficácia dessa técnica em relatos de gestações, como por exemplo um caso do nascimento de um bebê após o reimplante de TO em paciente que foi submetida à ooforectomia bilateral em razão da presença de abscessos ovarianos.

Estudo de Donnez; Dolmans; Pellicer (2013), relatou que houve 24 nascimentos ocorridos após o transplante de ovários criopreservados e que em diversos centros mundialmente são realizados tais procedimento, sendo seus resultados positivos.

A técnica que é mais utilizada para a criopreservação de TO tem sido o congelamento lento. Entretanto, o método de vitrificação tem ganhado popularidade, em razão dos seus ótimos resultados obtidos através de oócitos e embriões, pois através desse método de congelamento, ele age de maneira rápida e em temperaturas muito baixas, transformando o líquido interno da célula em material semelhante ao do vidro. Para Fahy *et al.* (1990), esta técnica necessita de concentrações altas de agentes crioprotetores e alta velocidade durante o congelamento. Entretanto, essa alta concentração dos crioprotetores pode induzir toxicidade celular e causar trauma osmótico.

Diante disso, ainda existem muitas argumentações a respeito de qual seria a técnica mais adequada para ser usada rotineiramente no congelamento de TO sem prejuízos celular, então tenta-se sempre comparar resultados entre congelamento lento com a vitrificação. Os resultados ainda são controversos, pois é levado em

consideração o tamanho de tecido criopreservado, o uso de diferentes tipos e concentrações de crioprotetores e heterogeneidade do tecido folicular, podendo favorecer o método de congelamento lento ou a vitrificação ou ainda assim considerar que são equivalentes em eficácia (DONNEZ *et al.*, 2004). Segundo Ting *et al.* (2011), a técnica de criopreservação de TO é bastante esperançosa, visto que tem apresentado bons resultados, já tendo sido descritos 24 nascidos vivos no mundo atualmente, após congelamento de TO e seu posterior autotransplante.

Contudo, atualmente, ainda existem obstáculos quanto ao autotransplante de TO criopreservado, devido a fatores como lesão isquêmica, e os danos causados pelo processo durante o congelamento, dependendo da técnica a ser utilizada. Entretanto, a maior preocupação no autotransplante é a reinserção de células malignas de volta às pacientes após o tratamento de câncer, não tendo sido relatado algum caso em humanos.

4 CONCLUSÃO

A preocupação com o futuro reprodutivo de pacientes que serão submetidos a tratamentos oncológicos, como rádio e quimioterapia, merece cada vez mais espaço quando a abordagem é direcionada ao paciente com câncer. A qualidade de vida a longo prazo deve ser sempre considerada, pois cada vez mais aumentam as taxas e o tempo de sobrevida destes pacientes, evidenciando as repercussões tardias, que na maioria das vezes são relegadas a um segundo plano no momento do diagnóstico da doença de base.

A oncofertilidade (área de preservação da fertilidade em pacientes com câncer) apresenta grandes avanços e ótimas perspectivas. A técnica e a estratégia de preservação da fertilidade em mulheres com câncer a ser escolhida depende da idade da paciente, do tempo disponível para o início do tratamento, se ela tem ou não algum parceiro e, principalmente, do tipo de câncer em questão.

Atualmente, o método de preservação mais bem aceito e com maiores chances de sucesso é o de criopreservação de embrião, mas todos os outros métodos também têm demonstrado bons resultados.

De acordo com o que tem sido observado na literatura, a criopreservação é uma excelente alternativa para a preservação da fertilidade e capacidade reprodutiva de

mulheres submetidas a tratamentos gonadotóxicos como os quimioterápicos, usados contra o câncer. Apesar de terem sido relatadas poucas recidivas tumorais após transplante de TO, a segurança desta técnica carece de mais investigação assim como de métodos de detecção de células malignas mais eficazes. Vários estudos têm demonstrado que a CTO com posterior autotransplante é uma alternativa razoável para preservação da fertilidade em mulheres que recebem tratamentos gonadotóxicos.

5 REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer**. Brasil, 2012. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 15 agost. 2020.
- DOLMANS, M. M. *et al.* Risk of transferring malignant cells with transplanted frozen-thawed ovarian tissue. **Fertil Steril**, v.99, p.1514-1524, 2013.
- DONNEZ, J. *et al.* Live birth after transplantation of frozen-thawed ovarian tissue after bilateral oophorectomy for benign disease. **Fertil Steril**, v. 98, n.3, p. 720-725, 2012.
- DONNEZ, J.; GODIN, P. A.; NISOLLE, M. Gonadal cryopreservation in the young patient with gynaecological malignancy. **Curr Opin Obstet Gynecol**, v.12, p.1-9, 2000.
- DONNEZ, J. *et al.* Livebirth after orthotopic transplantation of cryopreserved ovarian tissue. **Lancet**, v. 365, p. 1405-1410, 2014.
- DONNEZ, J.; DOLMANS, M. M.; PELLICER, A.; *et al.* Restoration of ovarian activity and pregnancy after transplantation of cryopreserved ovarian tissue: a review of 60 cases of reimplantation. **Fertil Steril**, v. 99, n. 6, p. 1503-1543, 2013.
- DONNEZ, J. *et al.* Ovarian tissue cryopreservation and transplantation in cancer patients. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v.24, p.87-100, 2010.
- FAHY, G. M. *et al.* Cryoprotectant toxicity and cryoprotectant toxicity reduction: in search of molecular mechanisms. **Cryobiology**, v. 3, p. 247-268, 1990.
- JENSEN, A. K. *et al.* Outcomes of transplantations of cryopreserved ovarian tissue to 41 women in Denmark. **Hum Reprod**, v. 30, n.12, p.2838-2845, 2015.
- LEVINE, J. M. *et al.* Infertility in reproductive-age female cancer survivors. **Cancer**, v.121, p.1532-1539, 2015.
- LONGHI, A. *et al.* Effect of oral contraceptive on ovarian function in young females undergoing neoadjuvant chemotherapy treatment for osteosarcoma. **Oncol Rep**, v. 10, n.1, p. 151-155, 2003.

NIEMASIK, E. E. *et al.* Patient perceptions of reproductive health counseling at the time of cancer diagnosis: a qualitative study of female California cancer survivors. **J Cancer Surviv**, v. 6, n.3, p. 324-332, 2012.

OKTAY, K.; KARLIKAYA, G. Ovarian function after transplantation of frozen, banked autologous ovarian tissue. **N Engl J Med**, v. 25, 2000. Não citado

SAGE. Is 'ovarian tissue freezing' superior to egg freezing? **Science Daily**, Jul 2017. Disponível em: <https://www.sciencedaily.com/releases/2017/07/170713081537.htm>. Acesso em: 24 jul. 2020.

TING, A. Y. *et al.* In vitro development of secondary follicles from cryopreserved rhesus macaque ovarian tissue after slow-rate freeze or vitrification. **Hum Reprod**, v. 26, n. 9, p. 2461-2472, 2011.

YEOMAN, R. R.; WOLF, D. P.; LEE, D. M. Coculture of monkey ovarian tissue increases survival after vitrification and slow-rate freezing. **Fertil Steril**, v. 83, n. 1, p.1248-1254, 2005.

HAGERTY, *et al.* American Society of Clinical Oncology Recommendations on Fertility Preservation in Cancer Patients. **J Clin Oncol** 24:2917-2931, 2006

SÍFILIS NA GESTAÇÃO: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA AINDA NÃO VENCIDO PELAS AÇÕES PREVENTIVAS VIGENTES

Brena Raiany De Sousa Abrantes

UFCG- Universidade Federal De Campina Grande, Unidade Acadêmica De Enfermagem. E-mail: brenabrantes@outlook.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7536386372658032>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3910-8436>

Rodrigo Sousa de Abrantes

UFCG- Universidade Federal De Campina Grande, Unidade Acadêmica De Enfermagem. E-mail: rodrigoabrantes07@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9362342100430630> Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2994-5617>

Mariana Alexandre Gadelha De Lima

UFCG- Universidade Federal De Campina Grande, Unidade Acadêmica De Enfermagem, e-mail: marianaalexandre15@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0802503058503818> Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0665-9562>

Irla Jorrana Bezerra Cavalcante

UFCG- Universidade Federal De Campina Grande, Unidade Acadêmica De Enfermagem, e-mail: irla.jorrana@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0567245573034254> Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0868-7671>

Symara Abrantes Albuquerque De Oliveira Cabral

UFCG- Universidade Federal De Campina Grande, Professora Orientadora. E-mail: symara_abrantes@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9308542814186010> Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7456-5886>

A sífilis é uma doença muito antiga, conhecida há mais de 500 anos, tem como agente etiológico o *treponema pallidum*. Sua transmissão se dar por via sexual, também por transfusão de sangue contaminado ou por via transplacentária para o feto, configurando a sífilis congênita. É uma doença que pode alternar por estágios, tanto sintomáticos como assintomáticos. Seu diagnóstico e tratamento são oferecidos sem custos e instituídos como rotina no pré-natal, porém, no Brasil, ainda existe uma quantidade alarmante de casos da doença. O objetivo do presente estudo é denotar os casos de sífilis gestacional e congênita que foram notificados no Brasil, no espaço de tempo de 2007 a 2019. É uma revisão bibliográfica de cunho qualitativo, realizada em julho do ano de 2020, utilizando de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Como resultados foram notificados no SINAN 318.943 casos de sífilis gestacional no período estudado e 170.559 casos de sífilis congênita no mesmo período. Tal situação coloca a sífilis como problema de saúde pública. Dessa maneira, o pré-natal de qualidade e o diagnóstico precoce são essenciais para um tratamento adequado e efetivo, tendo um controle da disseminação da doença, evitando assim danos e risco a saúde materna e do bebê.

Palavras-chaves: sífilis congênita; complicações na gravidez; cuidado pré-natal.

Syphilis is a very old disease, it has been known for over 500 years, its *treponema pallidum* is its etiological agent. Its transmission occurs through sexual means, also by transfusion of contaminated blood; or transplacentally, to the fetus, configuring congenital syphilis. Syphilis evolves in stages that alternate between asymptomatic and symptomatic patients, its diagnosis and treatment is offered free of charge and established as a routine in prenatal care. However, in Brazil there is still an alarming number of cases of the disease. The objective of the present study is to denote the cases of syphilis in pregnancy notified in Brazil in the period from 2007 to 2019. It is a qualitative bibliographic review, carried out in July of the year 2020, using secondary data from the Information System of Diseases of Notification (SINAM). As a result, 318,943 cases of gestational syphilis were reported in SINAM in the studied period, and 170,559 cases of congenital syphilis in the same period. This situation poses syphilis as a public health problem. Quality prenatal care and early diagnosis are essential for adequate and effective treatment, controlling the spread of the disease, thus avoiding damage and risk to maternal and baby health.

Keywords: congenital syphilis; pregnancy complications; prenatal care.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença muito antiga, conhecida há mais de 500 anos. Tem como agente etiológico o *treponema pallidum*. Na maioria das vezes é uma doença de transmissão sexual, porém, pode ocorrer por transfusão de sangue contaminado e pela via transplacentária quando há transferência para o feto, configurando a sífilis congênita, a chamada transmissão vertical. De acordo com Conceição, Câmara e Pereira (2019) a taxa de transmissão da sífilis, ocorrida verticalmente nas primeiras fases da doença, é cerca de 70% a 100% nas grávidas que não são tratadas, ou são tratadas inadequadamente. O diagnóstico da sífilis congênita é bem mais complexo do que o da sífilis gestacional, pelo fato de aproximadamente 50% das crianças que são infectadas não apresentarem sinais da doença ao nascer. Ao contrário de determinados tipos de infecções neonatais, a sífilis congênita insere-se no quadro de causas evitáveis, podendo ser controlada mediante o diagnóstico precoce e tratamento efetivo na gestação.

A sífilis evolui por estágios que se alternam entre assintomáticos e sintomáticos. Por recomendação do Ministério Da Saúde, o diagnóstico e tratamento de sífilis são oferecidos sem custo e é de rotina no pré-natal das gestantes. No entanto, o que se percebe, são números cada vez mais altos de sífilis em gestantes, o que mostra baixa qualidade de pré-natal (MILANEZ; AMARAL, 2008).

De acordo com Nonato; Melo; e Guimarães (2015) a sífilis congênita é uma doença que pode ser prevenida, desde que a gestante que foi infectada seja precocemente diagnosticada e tratada de forma eficaz, assim como seu parceiro sexual. Cerca de 2 milhões de mulheres grávidas são infectadas pela a doença por ano e, a grande maioria delas não realizam teste para sífilis e as que realizam, não são tratadas de forma correta, o que torna um risco para o feto, podendo até ocorrer diversos problemas, como prematuridade, baixo peso fetal ao nascer e até mesmo a morte fetal.

Brasil (2007) afirma que na intenção de conhecer a magnitude do problema, o Ministério da Saúde, há alguns anos, incluiu a sífilis congênita e a sífilis gestacional na listagem de doenças de notificação compulsória. Também realizou a implantação da rede cegonha, que tem como um dos objetivos melhorar a qualidade da assistência que é prestada a gestante e a criança, além de facilitar o acesso ao diagnóstico e um

tratamento certo. E, apesar do pré-natal ter cobertura de cerca de 90% e ter uma estimativa de cerca de 6 consultas por parto, a qualidade da assistência a gestante estar aquém das necessidades. Além disso, apesar dos avanços no Sistema Único de Saúde (SUS) o combate à sífilis congênita com base no tratamento da sífilis gestacional tem sido um desafio, sobretudo, por existir aumento no número de casos a cada ano.

Por fim, o estudo teve como objetivo denotar os casos de sífilis ocorridos na gestação e a congênita ocorridos (notificados) no Brasil no período de 2007 a 2019, assim como mostrar algumas das principais causas de aumento no número de casos a cada ano.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, de natureza descritiva e abordagem quantitativa, realizada em julho de 2020, cujos dados secundários foram extraídos através da consulta na base de dados do sistema de informação de doenças e agravos do departamento de informática do sistema único de saúde (DATASUS), bem como literaturas disponíveis na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Foram selecionados artigos publicados entre 2000 e 2020, escritos em português ou em espanhol. Ao todo, foram filtrados 38 trabalhos e desses 11 foram utilizados, seguindo os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: trabalhos completos na íntegra que abordassem o tema proposto, com idioma português, inglês ou espanhol que estivessem disponíveis gratuitamente na base de dados e dentro do período do estudo em questão. Enquanto, os critérios de exclusão foram: trabalhos incompletos, que não abordassem o tema proposto e que não estivessem dentro do período do estudo, tampouco disponíveis gratuitamente.

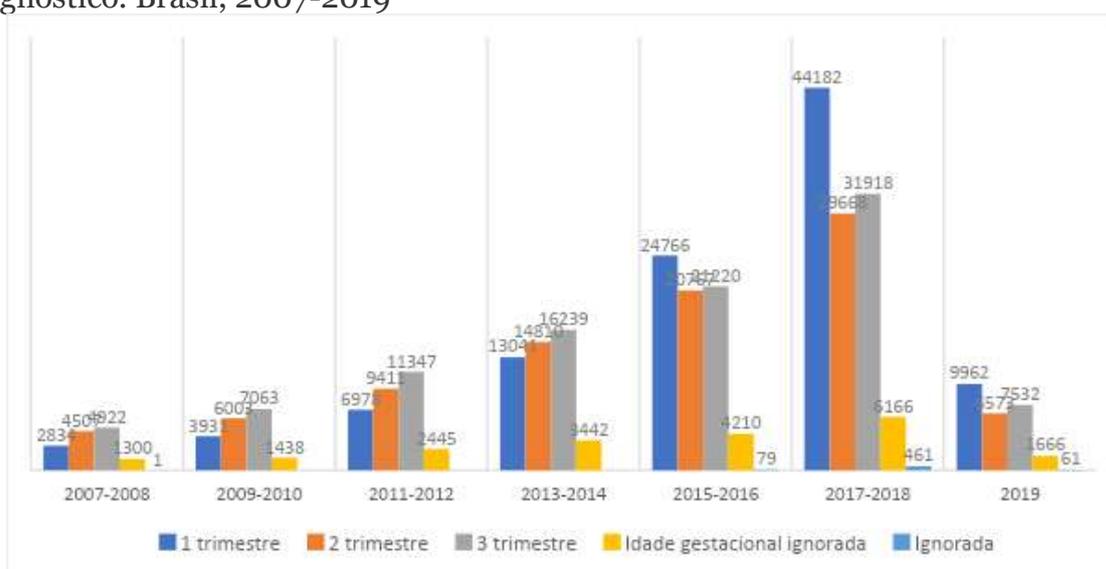
Os dados disponíveis no sistema de informação de doenças e agravos do departamento de informática do SUS e os artigos foram analisados, utilizando-se estatística descritiva e discutida de acordo com a literatura pertinente, com a finalidade de reunir o máximo de informações sobre o tema para abordagem e reflexão.

3 RESULTADOS

As ilustrações abaixo detalham os dados de acordo com o número de notificações de casos de sífilis gestacional e sífilis congênita ocorridos nas regiões brasileiras. Assim como, a faixa etária das mulheres e dos bebês que contrariam a sífilis, e por idade gestacional.

Foram registrados no DATASUS cerca de 318.943 casos de sífilis na gestação no período de 2007-2019, e o gráfico abaixo ilustra os casos de sífilis notificados no Brasil de acordo com a idade gestacional da mulher, e mostra que, o maior número de casos, ocorreram no primeiro trimestre de gestação. Conforme Brasil (2006), observou-se que em 2017 a maior proporção das mulheres (39,8%) foi diagnosticada no primeiro trimestre de gestação, cerca de 28% representam diagnósticos que eram realizados no segundo trimestre e cerca de 26,7% no terceiro trimestre de gestação.

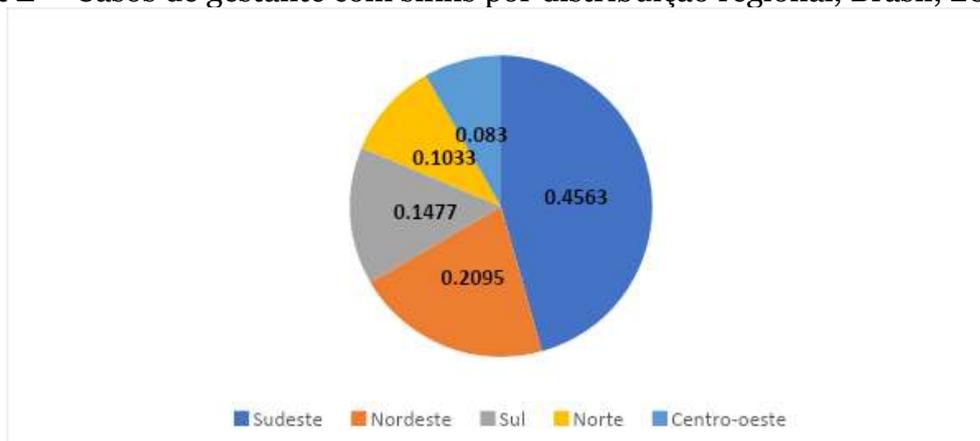
Figura 1 – Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2019



Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Identifica-se abaixo os casos de sífilis gestacional no Brasil por distribuição regional e a região Sudeste foi a que apresentou a maior incidência, com cerca de 45,63% dos casos, seguida da região Nordeste com 20,95%, região Sul com 14,77%, Norte com 10,33% e Centro-Oeste com 8,30%.

Figura 2 – Casos de gestante com sífilis por distribuição regional, Brasil, 2007-2019

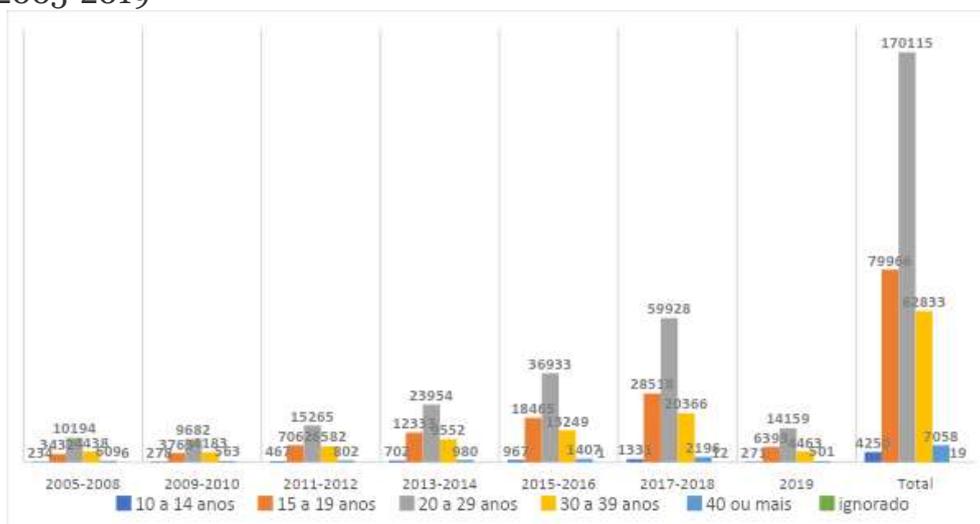


Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Em relação à faixa etária das gestantes notificadas com sífilis, pode-se notar que o maior número de casos ocorreu em mulheres com faixa etária entre 20 e 29 anos de idade e no decorrer dos anos o número de casos vem aumentando.

Domingues (2014) mostra que em relação à faixa etária das gestantes, 52% das gestantes diagnosticadas com sífilis encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 24,7% na de 15 a 19 anos e 19,8% na de 30 a 39 anos.

Figura 3 – Casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2019

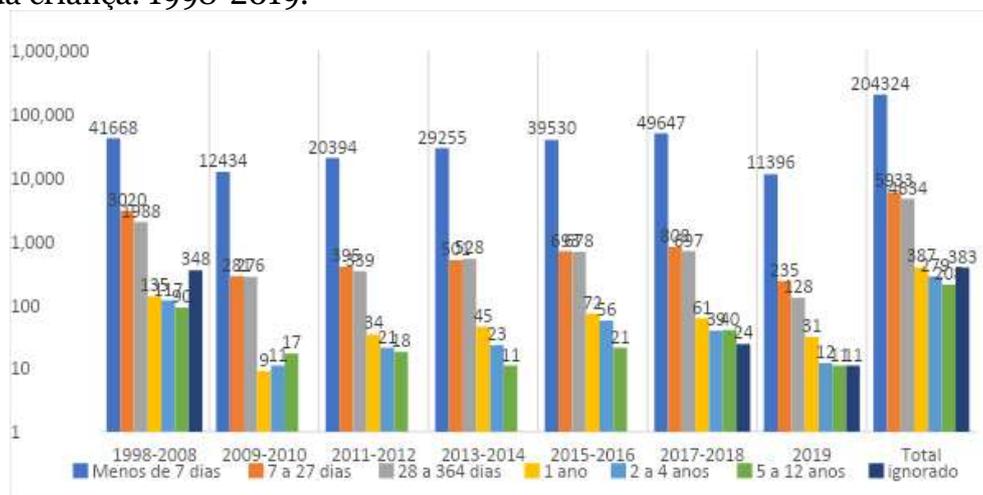


Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e infecções sexualmente transmissíveis.

No gráfico abaixo, constata-se os casos de sífilis congênita no Brasil, no período de 1998 a 2019, cerca de 216.158 casos de sífilis congênita notificados, de

acordo com a idade da criança. O maior número de casos foi registrado nos anos de 2017 e 2018, cerca de mais de 50 mil casos, e a idade mais afetada foi menor de 7 dias.

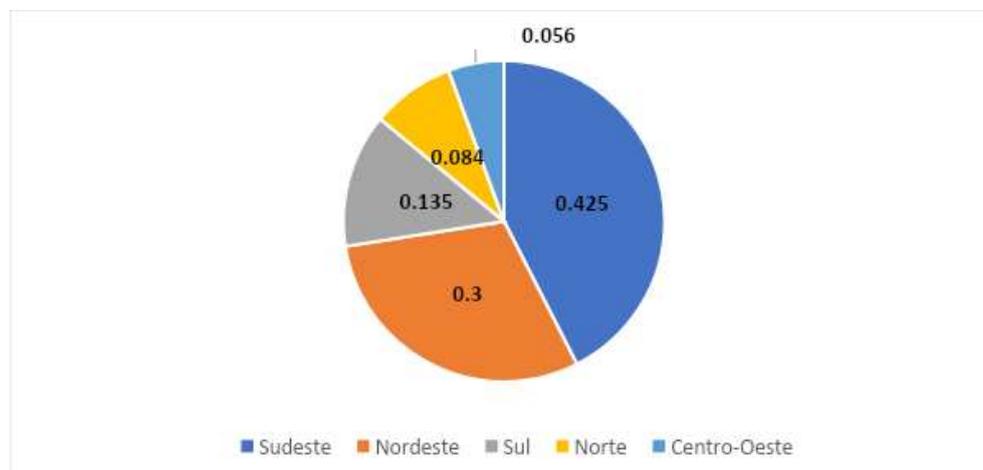
Figura 4 – Casos confirmados de sífilis congênita por ano diagnóstico segundo faixa etária da criança. 1998-2019.



Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Em relação ao número de casos de sífilis congênita por região Brasileira, teve a região sudeste que foi líder em notificações de casos, com (42,5%) dos casos, região Nordeste com (30,0%) região Sul com (13,5%), região Norte com (8,4%), e região centro-leste com (5,6%).

Figura 5 – Casos confirmados de sífilis congênita por distribuição regional. 2007-2019



Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

4 DISCUSSÕES

A sífilis gestacional é uma doença que vêm crescendo cada dia mais ao longo dos tempos, tornando-se um problema de saúde pública. As variantes falhas na assistência prestadas no pré-natal interferem na realização de um diagnóstico precoce e, posteriormente, um tratamento adequado e em tempo oportuno, embora o diagnóstico e tratamento da sífilis estejam plenamente acessíveis, a combinação da infecção materna com o óbito fetal é ainda um fenômeno frequente na sociedade brasileira.

Dessa forma, o alto número de casos de sífilis gestacional e congênita pode ser explicado mediante falta de implementação das orientações prestadas pelo Ministério da Saúde na atenção pré-natal. Assim, a introdução de políticas públicas que promovam a capacitação dos profissionais de saúde é necessária, com o intuito de habilitá-los para assistência pré-natal adequada, além de prepará-los para a notificação e o manejo clínico da sífilis no período gravídico (SILVA *et al.*, 2020).

Quando adquirida durante o período gestacional, a sífilis pode ocasionar inúmeros problemas, como abortamento espontâneo, prematuridade e graves danos à saúde do conceito, até mesmo a morte fetal ou neonatal. Embora tenha os órgãos de assistência à saúde que recomendam que o teste sorológico seja oferecido a todas as gestantes ainda nos primeiros estágios da gravidez, muitas vezes esses testes não são realizados nos serviços pré-natais, implicando em um diagnóstico e tratamento tardio (BRASI, 2000).

De acordo com Brasil (2007) a sífilis que acomete a gestante é um agravo de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica desde o ano de 2005, estima-se que apenas 32% dos casos são notificados nos sistemas, o que reflete e mostra uma importante deficiência na qualidade dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto, além emergir o déficit dos sistemas de notificação. Observou-se que entre 38% e 48% das mulheres ainda chegam a maternidade sem resultados de sorologias importantes, como no caso da sífilis, necessitando, desse modo, de testes rápidos no momento do parto, havendo, pois, uma quebra nas ações preventivas da transmissão vertical.

O principal fator de risco para a sífilis congênita é o acompanhamento pré-natal realizado de forma inadequada, o que está relacionado à cerca de 70 a 90% dos casos,

podendo destacar inúmeros problemas como a anamnese incompleta e inadequada, interpretação inadequada da sorologia para sífilis, não realização de tratamento ao parceiro. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, por isso a importância de capacitação dos profissionais e a realização de um pré-natal adequado, além de visitas puerperal, de forma a realizar o diagnóstico precoce (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

Padovani; Oliveira e Peloso (2018) afirmam que no Brasil, nos últimos 12 anos, ocorreu um grande aumento na taxa de incidência de sífilis congênita. No ano de 2007 a incidência era de 2,0 caso/1.000 nascidos vivos, já em 2019, era de 9,0 caso/ 1.000 nascidos vivos, o que denota o aumento de número de casos de sífilis congênita ao longo dos anos e essa situação vem colocando a sífilis em situação de problema de saúde pública. Dessa maneira, o pré-natal de qualidade e o diagnóstico de sífilis materna precoce são essenciais para um tratamento adequado e efetivo, tendo um controle da disseminação da doença, evitando assim danos e risco a saúde materna e do bebê.

Com isso, observou-se a necessidade de melhor alcance do pré-natal e melhorias na sua realização, obtendo a capacitação dos profissionais, captação precoce da gestante, realização sistemática de triagem, realização de exames para detecção de sífilis, além de disponibilizar tratamento para as mães já infectadas e seus parceiros. Importante fornecer esclarecimentos às gestantes sobre a gravidade da doença e certos cuidados a se tomar sobre formas de transmissão, falar sobre estratégias para a melhor participação da gestante no próprio cuidado e da saúde do feto (BARBARESCO *et al.* 2014).

5 CONCLUSÃO

O presente estudo denotou os números de sífilis gestacional e congênita notificados no país. No entanto, tem-se a necessidade de realização do pré-natal de forma eficaz e detecção precoce da sífilis, além de tratamento adequado para os infectados, em especial as gestantes e seus parceiros.

Portanto, faz-se necessário melhor abordagem sobre IST no pré-natal, mostrando formas de prevenção de doença e sanando todas as dúvidas que a grávida

possa apresentar. Além de ser premente a necessidade de campanhas educativas voltadas a sensibilização para os cuidados relativos à prevenção, assim como capacitação profissional para que os profissionais de saúde saibam como abordar a sífilis e, por sua vez, realizar um pré-natal eficiente e de qualidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis** – manual de bolso. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: Manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BARBARESCO, Aline Almeida *et al.* . Infecções de transmissão vertical em material abortivo e sangue com ênfase em *Toxoplasma gondii*. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, p. 17-22, Jan. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000100017&lng=en&nrm=iso>

CONCEIÇÃO, Hayla Nunes da; CÂMARA, Joseneide Teixeira e PEREIRA Beatriz Mourão. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. 123, pp. 1145-1158. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912313>>.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2014, v. 48, n., pp. 766-774. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005114>>.

MILANEZ, Helaine; AMARAL, Eliana. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 7, p. 325-327, July 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000700001&lng=en&nrm=iso>.

NASCIMENTO, Maria Isabel do *et al.* . Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 2, p. 56-62, Feb. 2012. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000200003&lng=en&nrm=iso

NONATO, Solange Maria, MELO, Ana Paula Souto e GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. 2015, v. 24, n. 4 pp. 681-694. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000400010>.

PADOVANI, C., OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S.M. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2018;26:e3019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3019.pdf

SILVA, Giordana Maronezzi da *et al.* . **Sífilis en la gestante y congénita**: perfil epidemiológico y prevalencia. *Enferm. glob.*, Murcia , v. 19, n. 57, p. 107-150, 2020 Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100004&lng=es&nrm=iso>

TENDÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR HEMORRAGIA PÓS-PARTO NO BRASIL ENTRE 2009 E 2019

Eric Cymon do Vale Beserra

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola Multicampi de Ciências Médicas
eric.cymondovale41@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/3272224498051603> e
<https://orcid.org/0000-0003-1174-8017>.

Isabelle Canuto Rabelo Barbosa

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola Multicampi de Ciências Médicas
isabellecanuto2014@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/6485413098337047> e
<https://orcid.org/0000-0001-7505-7640>.

Heitor Pereira Vale da Costa

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
heitorpereiravale@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/8726267372823560> e
<https://orcid.org/0000-0002-2960-2326>.

Daiane de França Falcão Leal

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
daianedefranca@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/8669262119994660> e
<https://orcid.org/0000-0001-7764-6692>.

Lia Maristela da Silva Jacob

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola Multicampi de Ciências Médicas,
UERN - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem-Caicó
lia_maristela@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/6108519374402561> e <https://orcid.org/0000-0003-4168-4333>.

Objetivou-se descrever a evolução temporal e espacial das internações decorrentes de HPP, no período de 2009 a 2019, e relacioná-las com a implementação de políticas públicas de saúde de atenção à mulher. Trata-se de estudo ecológico de série temporal que avalia indicadores relacionados às internações por hemorragia pós-parto. As informações foram obtidas no Sistema de Informações Hospitalares e disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Observou-se que entre 2009 e 2019, o número total de casos aumentou 59,11%. No período estudado, 2011 foi o único ano que revelou regressão de 3,95%. Durante 2011 e 2015, houve estabilidade abaixo de 3% nos casos, ao passo que os anos de 2016, 2018 e 2019 demonstraram elevação de 9%. A Região Sudeste apresentou o maior número de casos, representando 37,34% do total, enquanto o Centro-Oeste obteve o menor número, 8,08%. Portanto, a intensificação do número de internações, no período catalogado, indica imprescindibilidade do aprimoramento de políticas de saúde voltadas ao parto humanizado e à prevenção da hemorragia pós-parto.

Palavras-chave: Hemorragia Pós-Parto, Epidemiologia, Saúde da Mulher.

This study's aim was to describe the temporal and spatial evolution of hospitalizations resulting from PPH, from 2009 to 2019, and to relate them to the implementation of public health policies for women. Those informations were obtained from the Hospital Information System and made available by the Informatics Department of the Unified Health System. It was observed that between 2009 and 2019 the total number of cases increased by 59.11%. During the studied period, 2011 was the only year to show a regression, which was 3.95%. During 2011 and 2015 there was stability in the cases, below 3%, while the years 2016, 2018 and 2019 showed an increase above 9%. The Southeast region had the highest number of cases, representing 37.34% of the total, while the Midwest had the lowest number of cases, representing 8.08%. Therefore, the increase in the number of hospitalizations in the cataloged period indicates the need of improving health policies focusing on humanized childbirth and prevention of PPH.

Keywords: Postpartum Hemorrhage, Epidemiology, Women's Health.

1 INTRODUÇÃO

A Hemorragia Pós-Parto (HPP) é definida como a perda sanguínea superior a 500 ml em partos normais ou acima de 1.000 ml em partos cesarianos. É classificada em primária e secundária, sendo a primária a que ocorre em período de até 24h após o parto, enquanto a secundária ou tardia, é caracterizada por ocorrer em período de 24h até seis semanas depois do nascimento. A HPP primária possui maior incidência, ocorre em cerca de 4% a 6% dos partos, já a secundária se manifesta em 1% a 3% dos casos. Os fatores de risco mais comumente relacionados à HPP são a hemorragia pós-parto prévia, obesidade, idade superior a 35 anos, indução ou condução do trabalho de parto e terceiro período prolongado (LIMA, 2019).

Ademais, fatores socioeconômicos também podem contribuir para o risco elevado de incidência da comorbidade, a exemplo de populações em estratos sociais menos favorecidos, escassez de recursos econômicos e dificuldades no acesso a sistemas de saúde de qualidade. Dessarte, o acometimento da HPP nas regiões brasileiras também difere, devido às causas mencionadas, sendo a Região Nordeste a mais díspar em relação aos indicadores socioeconômicos, o que a coloca na posição de uma das regiões com a maior Razão de Mortalidade Materna (RMM), bem como uma das que apresenta as mais altas taxas de subnotificações, indicando que a RMM seja, provavelmente, maior do que o indicado (SILVA *et al.*, 2016).

Sob outra perspectiva, a HPP é uma comorbidade de fácil prevenção, a qual requer cuidados específicos, a partir da terceira fase do parto, por meio do uso de uterotônicos. A ocitocina é o fármaco preferencial para prevenir o desenvolvimento do problema, sendo outros uterotônicos e o misoprostol opções alternativas. Não obstante, o clampeamento precoce do cordão umbilical é contraindicado, assim como a massagem uterina contínua, posto que esta pode causar desconforto e não, necessariamente, diminuirá a perda de sangue em mulheres medicadas com ocitocina. Além disso, tanto a palpação abdominal quanto à tração do cordão umbilical é recomendada, visto que a primeira permite detectar a atonia uterina pós-parto e a última é uma alternativa preferível em comparação à remoção manual da placenta em partos cesarianos (OMS, 2014).

Além dos fatores supracitados, destaca-se que a HPP é a maior causa de morte materna entre as complicações exclusivas do parto e puerpério no Brasil, não incluindo eclâmpsia, sendo, também, responsável por 25% a 35% dos óbitos maternos mundiais (LIMA, 2019; COSTA *et al.*, 2010). Assim, considerando-se a alta incidência dessa comorbidade em níveis local e global, bem como o fato de ser intercorrência evitável na maior parte dos casos, torna-se extremamente relevante o estudo e a catalogação da HPP no Brasil, nos últimos 10 anos, a fim de fornecer subsídios para revisão e planejamento de políticas públicas de saúde.

Portanto, objetivou-se descrever a evolução temporal e espacial das internações decorrentes de HPP, no período de 2009 a 2019, e relacioná-las com a implementação de políticas públicas de saúde de atenção à mulher.

2 METODOLOGIA

Este estudo se caracterizou como pesquisa epidemiológica descritiva e retrospectiva, considerando os dados relativos à internação por HPP em mulheres em diferentes regiões brasileiras, no período de 2009 a 2019.

Os dados foram obtidos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), tendo como base o código referente à HPP da 10^a revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O DATASUS se caracteriza como sistema de informações brasileiro que provê os órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS) de informações e suporte de informática, promovendo, assim, o planejamento e controle do SUS, nos âmbitos municipais, estaduais e federal. No entanto, assumem-se as limitações provenientes deste banco de dados, devido à possível ausência de confiabilidade das informações que este apresenta que se restringe ao nível de acurácia e completitude das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) preenchidas.

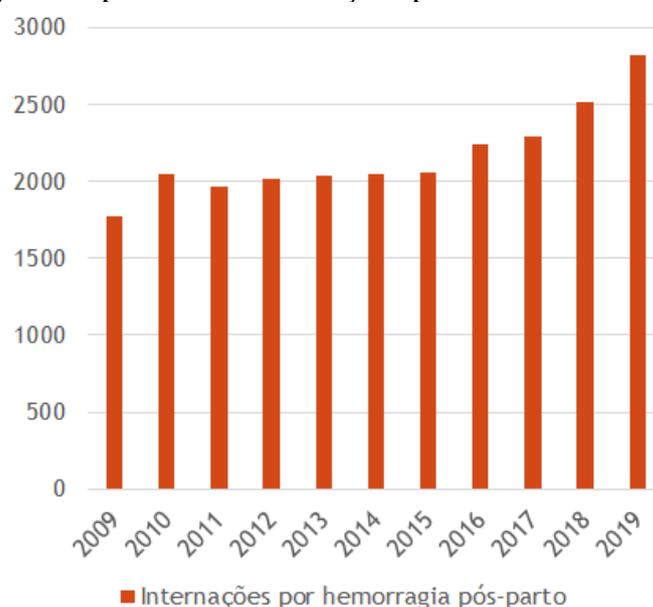
As informações coletadas foram tabuladas a partir do programa *TabWin*, sendo exportadas, posteriormente, para o *Microsoft Excel*, com intuito de consolidar os dados. Estes foram analisados de acordo com as regiões do Brasil, em relação à faixa etária, a partir da estatística descritiva e do cálculo das frequências, permitindo descrever os fenômenos, sendo os resultados organizados por meio de tabelas.

3 RESULTADOS

Entre 2009 e 2019, houve aumento significativo nos números de internações por HPP de 59,11%, destacando-se a transição de 2009 para 2010, a qual apresentou taxa de crescimento de 15,75%, o maior acréscimo entre anos subsequentes. Entretanto, um ano depois, em 2011, registrou-se a única diminuição no número de internações, com regressão de 3,95% em relação ao ano anterior (Figura 1).

O ritmo de crescimento permaneceu estável de 2011 a 2015, com números sempre inferiores a 3%. Ainda nesse período, houve o menor crescimento, de 0,29%, entre 2014 e 2015, ao passo que os anos de 2016, 2018 e 2019 demonstraram aumento na taxa de crescimento, com números acima de 9%.

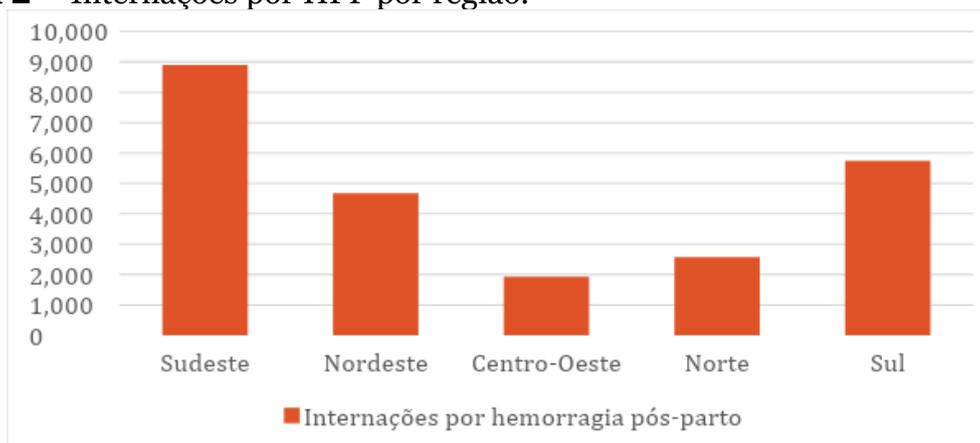
Figura 1 – Evolução temporal das internações por HPP no Brasil.



Fonte: SIH/DATASUS, 2020.

Com relação aos dados das regiões brasileiras, o Sudeste demonstrou a maior representatividade no período de 10 anos (2009-2019), registrando 8.895 internações, o que significa 37,34% do total de casos. De modo contrário, a Região Centro-Oeste se destacou por computar o menor número de internações, com 1.925 casos, correspondendo a 8,08%. A Região Sul notificou 5.747 casos (24,12%); Nordeste, 4.683 (19,66%); e Norte, 2.569 (10,78%) (Figura 2).

Figura 2 – Internações por HPP por região.

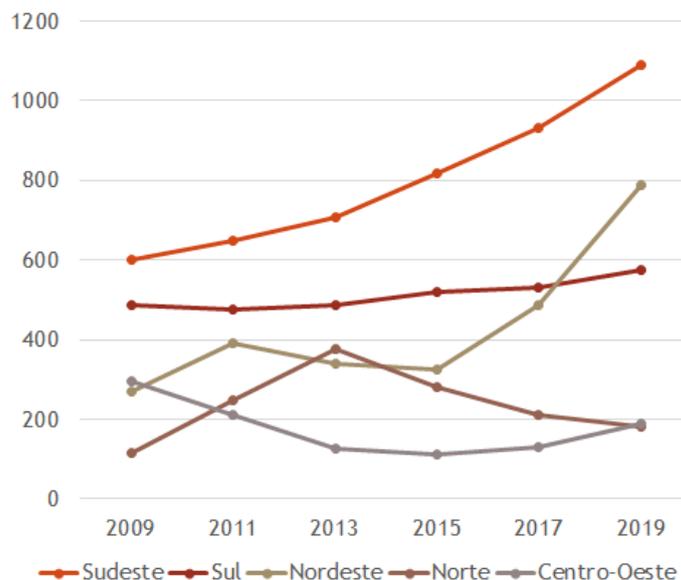


Fonte: SIH/DATASUS, 2020.

Ao analisar separadamente cada região e respectiva evolução entre 2009 e 2019, constatou-se que a Região Nordeste foi a que apresentou o maior aumento percentual, crescendo 191,14%, com isso saindo de quarta região com maior número de casos, em 2009, para a segunda colocação, em 2019, ficando atrás do Sudeste, região que aumentou em 80,73% o número de internações, o segundo maior crescimento, garantindo o maior número de casos em todos os anos analisados no período.

Ademais, a Região Norte mostrou crescimento de 55,17% e a Região Sul, aumento pouco expressivo de 17,86%, caindo de segunda para terceira região com maior representatividade. Mais uma vez a Região Centro-Oeste merece atenção, neste caso, por ter sido a única região que conseguiu diminuir o número de casos de internações por HPP, no período estudado, com queda significativa de 36,61%, demonstrada pela linha cinza (Figura 3).

Figura 3 – Evolução temporal das internações por HPP por região.



Fonte: SIH/DATASUS, 2020.

4 DISCUSSÃO

Uma das maiores repercussões da HPP na saúde pública mundial é o alto índice da Mortalidade Materna (MM). Tal problema é conhecido desde o século passado, suscitando algumas medidas tomadas por órgãos competentes nessa temática à época, como os “Oito Objetivos do Milênio”, os quais foram propostos pela OMS e assinados por 189 países (OMS, 2014). Dentre outros objetivos, o documento visava redução de 75% na taxa de MM entre 1990 e 2015, meta que, apesar de esforço e diminuição de 143 para 62 óbitos/100 mil nascidos vivos, o Brasil não atingiu o objetivo de, no máximo, 35 óbitos/100 mil nascidos vivos (OPAS, 2018).

Apesar da baixa confiabilidade dos dados nacionais em saúde (DIAS *et al.*, 2015), a evolução positiva, porém insuficiente, dos números da mortalidade materna no Brasil contrastam com os dados da atual pesquisa, que demonstrou crescimento das internações por HPP, apontando para possível queda de causas hemorrágicas dos óbitos maternos.

Nos últimos anos, uma série de medidas foram adotadas para tentar diminuir os riscos e a incidência da HPP no Brasil, dentre as quais, destacam-se a Rede Cegonha, instituída pelo Ministério da Saúde, em 2011, caracterizando-se como rede de cuidados que fornece planejamento reprodutivo e assistência humanizada à gravidez, parto e puerpério às gestantes e aos nascidos até os dois anos de vida (BRASIL, 2011).

Correlacionando com o presente estudo, percebeu-se que 2011 foi o único ano com regressão de casos de internações, podendo estar relacionada diretamente com a implementação desse cuidado mais direcionado à saúde da mulher, por meio da Rede Cegonha. No entanto, enfatiza-se que a diminuição de internações por HPP, no ano citado, ocorreu de forma regionalizada, uma vez que as Regiões Centro-Oeste e Sul registraram regressões no período.

Mais recentemente, a estratégia “Zero Mortalidade Materna por Hemorragias Pós-Parto” (oMMxH), que consiste em iniciativa que visa capacitar as equipes profissionais de saúde no atendimento e na prevenção adequados de intercorrências hemorrágicas obstétricas, foi elaborada e implementada pela OPAS e pelo Ministério da Saúde, no ano de 2018, todavia, o real impacto dessa ação ainda não está consolidado. Por fim, desenvolveu-se o conceito Hora de Ouro, que se baseia em recomendação de controle integral ou praticamente integral do sítio de sangramento dentro do período de 1h após o parto, em conformidade com o princípio de intervenção precoce (ARAÚJO, 2019; OPAS, 2018).

Apesar de a Ásia e África serem os continentes com o maior número de vítimas, há alerta para tendência de aumento da incidência da HPP em países desenvolvidos, como Reino Unido, EUA, Austrália e Canadá (MARTINS, 2014). No Brasil, as hemorragias constituem a segunda causa de morte materna e, a despeito da diminuição de partos e MM, continua crescendo, como mostrado pelo número de internações.

A análise do perfil das mulheres vítimas da HPP mostra a importância dos fatores socioeconômicos, aponta para faixa etária predominantemente entre 30 e 39 anos, ressaltando os riscos da gestação em idades avançadas, além da maior dificuldade no planejamento familiar e crescente risco de óbito das parturientes em hospitais públicos. A alta representatividade da Região Sudeste parece estar relacionada aos aspectos demográficos, no entanto, hábitos populacionais e ações em saúde regionalizadas podem embasar essas diferenças (SILVA *et al.*, 2016; MARTINS, 2018; LIMA, 2019).

5 CONCLUSÃO

Os dados catalogados neste estudo demonstraram aumento significativo no número de internações por HPP, no período analisado, em especial nas Regiões Nordeste e Sudeste. Isso pode ser devido à ineficiência das políticas públicas regionais ou à diminuição das subnotificações desde o período inicial do estudo. Em contrapartida, a Região Centro-Oeste se destacou por ser a única que apresentou redução nos casos de HPP e se mantém com o menor número de ocorrências, atualmente. A partir da análise dessas informações, estabeleceu-se relação entre a involução ou evolução dos casos com as políticas públicas instituídas, o que serve como ponto de partida para reestruturação dessas medidas governamentais, bem como a adoção de novas, com intuito de minorar a gravidade da situação no país.

Muito embora tenha sido registrado aumento considerável no número total de casos de HPP, na maior parte dos anos, essa variação foi pouco expressiva, com exceção dos anos 2016, 2018 e 2019 que apresentaram taxa de crescimento acima de 9%. Destaca-se 2011 como o único ano, no período catalogado, que sinalizou decréscimo razoável nas internações. Este dado pode estar associado à implementação da Rede Cegonha no mesmo ano, fator que contribuiu para regressão, em curto prazo, dos casos de HPP.

Portanto, apesar da implementação de um conjunto de planos e objetivos visando boas práticas de assistência ao parto e à prevenção de hemorragia pós-parto, as intercorrências relacionadas a internações por HPP apresentaram aumento de 59,11% e as metas definidas pela OMS acerca da redução de mortalidade materna decorrentes dessa comorbidade não foram alcançadas no Brasil. Logo, esse panorama denota a necessidade de maiores investimentos governamentais para desenvolvimento e aprimoramento de estratégias voltadas ao rápido diagnóstico e tratamento precoce da HPP, incluindo programas de capacitação dos profissionais de saúde em equipes multiprofissionais, por meio do modelo “Zero Mortes Maternas por Hemorragia”, com intuito de alterar o cenário identificado. Além disso, por intermédio dessa capacitação, amplia-se o conhecimento acerca da adoção de estratégias eficazes pelas equipes qualificadas, a exemplo da Hora de Ouro, a qual permite intervenções rápidas para melhorar o prognóstico de pacientes.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Chirley Carvalho da Cunha. **Implementação do protocolo para o manejo da hemorragia pós-parto no Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros em São José de Mipibu / RN.** 2019. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica, Rede Cegonha III) - Escola de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jun. 2011.
- COSTA, André Soares de Moura *et al.* Manejo clínico da hemorragia pós-parto. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 4, p.55-58, 2010.
- DIAS, Júlia Maria Gonçalves *et al.* Mortalidade materna. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p.173-179, 2015.
- LIMA, Thalita Cabral. **Mortalidade por hemorragia pós-parto no Brasil de 1996 a 2016.** 2019. 16f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2019.
- MARTINS, Ana Claudia Sierra; SILVA, Lélia Souza. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 677-683, 2018.
- MARTINS, Haimée Emerich Lentz. **Observação em enfermagem: tecnologia para prevenção e controle da hemorragia pós-parto.** 2014. 184 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto.** Genebra: Cochrane, 2014.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica.** Brasília: OPAS, 2018.
- SILVA, Bruna Gonçalves Cordeiro da *et al.* Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 484-493, 2016.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA POR DOENÇAS HIPERTENSIVAS NA PARAÍBA ENTRE OS ANOS DE 2010 E 2018

Mariana Alexandre Gadelha de Lima

(UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, Unidade Acadêmica de Enfermagem)
marianaalexandre15@gmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0802503058503818> ORCID:
<https://orcid.org/0000-0003-0665-9562>

Irla Jorrana Bezerra Cavalcante

(UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, Unidade Acadêmica de Enfermagem)
irla.jorrana@gmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0567245573034254> ORCID:
<https://orcid.org/0000-0003-0868-7671>

Brena Raiany de Sousa Abrantes

(UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, Unidade Acadêmica de Enfermagem)
brenaabrantes@outlook.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7536386372658032> ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-3910-8436>

Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral

(UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, Unidade Acadêmica de Enfermagem)
symara.abrantes@professor.ufcg.edu.br Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9308542814186010> ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-7456-5886>

Óbitos maternos constituem um problema de saúde pública que ainda persiste no Brasil. As doenças hipertensivas estão entre as principais causas de óbitos maternos. Essa doença em questão faz com que as pacientes acometidas estejam sujeitas a complicações renais, quadros hemorrágicos, hipotensão e sepse. Assim, o pré-natal se mostra como alternativa de promoção a saúde desse público na finalidade de evitar óbitos maternos, principalmente os de causas evitáveis. Este trabalho tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico dos óbitos maternos ocorridos no estado da Paraíba entre os anos de 2010 e 2018. Trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo retrospectivo. Entre os anos de 2010 e 2018, ocorreram 255 mortes maternas ocasionadas por doenças hipertensivas. A mortalidade materna é um indicador epidemiológico de desenvolvimento de um país, região ou cidade, tal como é possível ponderar a desigualdade de gênero e questões sociodemográficas. Doenças hipertensivas são enfermidades evitáveis, que podem ser tratadas. O presente estudo permitiu conhecer as características epidemiológicas e entender através da literatura científica quais fatores predisõem a mortalidade materna. Logo, o conhecimento desses aspectos epidemiológicos leva a estratégias que atendem às demandas acerca do assunto.

PALAVRAS-CHAVE: mortalidade materna, perfil epidemiológico, hipertensão, saúde da mulher

Maternal deaths are a public health problem that still persists in Brazil. Hypertensive diseases are among the main causes of maternal deaths. These hypertensive diseases make the affected patients subject to kidney complications, hemorrhagic conditions, hypotension and sepsis. Prenatal care is an alternative to promote the health of this public in order to avoid maternal deaths, especially those from preventable causes. This work aims to describe the epidemiological profile of maternal deaths that occurred in the state of Paraíba between the years 2010 and 2018. This is a retrospective quantitative epidemiological study. Between the years 2010 and 2018, there were 255 maternal deaths, caused by hypertensive diseases. Maternal mortality is an epidemiological indicator of the development of a country, region or city, just as it is possible to consider gender in equality and socio demographic issues. Hypertensive diseases are preventable diseases, which can be treated. The present study allowed to know the epidemiological characteristics and to understand through the scientific literature which factors predispose maternal mortality. The knowledge of these epidemiological aspects leads to strategies that meet the demands on the subject.

KEY WORDS: maternal mortality, health profile, hypertension, women's health

1 INTRODUÇÃO

Óbitos maternos constituem um problema de saúde pública que ainda persiste no Brasil e essas mortes apontam, de forma precisa, os indicadores voltados à saúde da mulher. De maneira indireta, também expressam o patamar que se encontra a saúde da sociedade. Tudo isso corrobora como instrumentos que possibilitam observar de maneira crítica as políticas de saúde (DIAS *et al.*, 2015).

As doenças hipertensivas estão entre as principais causas de óbitos maternos. Araújo, Sanches e Nascimento (2018) mostram em seu estudo que é um fator muito comum nos internamentos em Unidades de Terapia Intensivas Maternas. Essas doenças hipertensivas fazem com que as pacientes acometidas estejam sujeitas a complicações renais, quadros hemorrágicos, hipotensão e sepse (SAINTRAIN *et al.*, 2016).

Carvalho *et al.* (2015) afirmam que o pré-natal, quando realizado de maneira efetiva, apresenta uma influência significativa na diminuição da morbimortalidade do perfil materno. A acessibilidade em serviços de qualidade permite a identificação prematura e o controle de fatores de risco.

Nesse sentido, o pré-natal se mostra como alternativa de promoção à saúde desse público na finalidade de evitar óbitos maternos, principalmente os de causas evitáveis. Para que ocorra o devido direcionamento dos cuidados é importante conhecer o perfil epidemiológico do público-alvo.

Logo, esse trabalho tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos óbitos maternos ocorridos no estado da Paraíba entre os anos de 2010 e 2018.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, retrospectivo. Para conhecer o perfil epidemiológico dos óbitos maternos de paraibanas que faleceram entre os anos de 2010 e 2018 em decorrência de doenças hipertensivas foi utilizado o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados obtidos foram confrontados com a literatura científica.

3 RESULTADOS

Entendendo que a mortalidade de mulheres em idade fértil em decorrência de doenças hipertensivas constitui um problema de saúde pública, tem-se na tabela 1 a apresentação dos dados absolutos em número de mortes maternas.

Tabela 1 – óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil entre os anos de 2010 e 2018 em decorrência de doenças hipertensivas no estado da Paraíba.

ANO DO ÓBITO	ÓBITOS MULHERES IDADE FÉRTIL
2010	29
2011	35
2012	25
2013	24
2014	30
2015	25
2016	33
2017	30
2018	24
TOTAL	255

Fonte: Sistema de Informação em Mortalidade, 2020.

Observa-se na tabela 1 que entre os anos de 2010 e 2018 ocorreram 255 mortes maternas ocasionadas por doenças hipertensivas no estado da Paraíba. Nota-se uma inexpressiva redução no número de casos no ano de 2018, entretanto com um expressivo aumento nos dois anos anteriores.

Um dos fatores a ser considerado no tocante a análise da mortalidade por causas evitáveis na gestação, parto ou puerpério diz respeito a idade da mulher, conforme apresenta-se na tabela 2.

Tabela 2 - óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil na Paraíba de acordo com a faixa etária.

ANO DO ÓBITO	10 A 14 ANOS	15 A 19 ANOS	20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	40 A 49 ANOS	TOTAL
2010	1	2	4	5	17	29
2011	-	1	2	8	24	35
2012			1	8	16	25
2013				4	20	24
2014			3	8	19	30
2015	1		2	9	13	25
2016			1	9	23	33
2017		2		7	21	30
2018			1	8	15	24
TOTAL	2	5	14	66	168	255

Fonte: Sistema de Informação em Mortalidade, 2020.

Observa-se que, com relação à faixa etária, 66 mulheres tinham idades entre 30 e 39 anos, enquanto outras 168 correspondiam ao público de 40 e 49 anos. Os outros 21 óbitos foram de mulheres com idades entre 10 e 29 anos. De tal modo, tem-se uma maior prevalência da patologia em mulheres com idade entre 40 e 49 anos.

Outro aspecto relevante diz respeito a escolaridade, de tal modo, a tabela 3 apresenta os óbitos distribuídos por escolaridade das mulheres.

Tabela 3 – óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil de acordo com a escolaridade na Paraíba.

ESCOLARIDADE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
NENHUMA	3	1	4	5	9	2	4	4	2	34
1 A 3 ANOS	3	7	2	5	-	3	3	7	1	31
4 A 7 ANOS	2	6	3	3	3	4	6	2	8	37
8 A 11 ANOS	5	1	4	3	4	4	5	5	4	35
12 ANOS E MAIS	1	1	1	1	-	-	2	-	1	7
IGNORADO	15	19	11	7	14	12	13	12	8	111
TOTAL	29	35	25	24	30	25	33	30	24	255

Fonte: Sistema de Informação em Mortalidade, 2020.

No que concerne ao acesso escolar, 34 mulheres apresentaram nenhuma escolaridade; outras 68 apresentavam ensino fundamental (1 a 7 anos). O quantitativo de 35 mulheres correspondia ao segmento com ensino médio (8 a 11 anos) e apenas 7 mulheres tinham ido à sala de aula por 12 anos ou mais. Dentre esses valores, 111 mulheres tiveram essa característica ignorada na ficha.

Já tomando por base o estado civil das mulheres, tem-se os dados expostos na tabela 4.

Tabela 4 - óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil na Paraíba de acordo com o estado civil.

ESTADO CIVIL	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
SOLTEIRO	13	11	9	8	12	8	9	14	6	90
CASADO	7	10	7	7	11	8	13	5	10	78
VIÚVO	-	-	2	-	-	-	-	2	1	5
SEPARADO JUDICIALMENTE	1	1	1	2	-	2	1	-	1	9
OUTRO	-	2	1	1	1	5	3	3	4	20
IGNORADO	8	11	5	6	6	2	7	6	2	53
TOTAL	29	35	25	24	30	25	33	30	24	255

Fonte: Sistema de Informação em Mortalidade, 2020.

Acerca do estado civil dessas mulheres, 90 delas estavam registradas como solteiras. Outras 78 eram casadas. Ainda 14 eram viúvas ou eram separadas judicialmente. O estado civil ignorado ou registrado como “outro” correspondeu aos valores de 53 e 20, respectivamente.

Já na tabela 5, tem-se a distribuição de óbitos relacionados a raça e cor das mulheres.

Tabela 5 – óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil de acordo com a raça.

COR/RAÇA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
BRANCA	3	5	6	4	6	7	7	3	4	45
PRETA	3	2	1	3	1	2	-	3	2	17
AMARELA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
PARDA	21	26	16	16	23	15	24	23	17	181
IGNORADO	2	2	1	1	-	1	2	1	1	11
TOTAL	29	35	25	24	30	25	33	30	24	255

Fonte: Sistema de Informação em Mortalidade, 2020.

Com relação à raça, em primeiro lugar se destacaram as pardas (181), seguidas de brancas (45), pretas (17). ignorado (11) e amarela (1).

4 DISCUSSÃO

A mortalidade materna é um indicador epidemiológico de desenvolvimento de um país, região ou cidade, tal como é possível ponderar a desigualdade de gênero e questões sociodemográficas. Quando desfavoráveis, os fatores sociodemográficos são condições que potencializam o risco durante a gravidez, como baixa escolaridade e situação conjugal insegura, aspectos que foram analisados na pesquisa. Além disso, a idade enquanto um fator individual e não modificável, acrescenta risco a gestação a partir de 35 anos ou abaixo de 15 anos de idade (BRASIL, 2010).

A idade considerada fértil está compreendida na faixa etária entre 10 e 49 anos. Ao analisar óbitos maternos em idade fértil, ocorreram variações de concentração no perfil epidemiológico da mortalidade materna ao longo dos anos de 2010 e 2018 na Paraíba. Observou-se também acentuado número de óbitos em mulheres com idade entre 40 e 49 anos, seguido da faixa etária de 30 a 39 anos com a segunda maior concentração de mortes maternas.

A gravidez em idade tardia (maior ou igual a 35 anos) apresenta potencial para manifestações de complicações durante a gestação, dentre as quais incluem prematuridade e desfecho gestacional por cesariana, por conseguinte, embora a idade não seja um fator único e isolado na ocorrência dessas complicações, faz-se necessário que durante a avaliação pré-natal a variável seja considerada de maneira a evitar possíveis riscos (ALVES *et al.*, 2017).

No Brasil, segundo estatísticas epidemiológicas dos anos de 2008 a 2010, do Sistema de Informação de Mortalidade e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, o risco de mortalidade com base na razão de morte materna aumentou consideravelmente após os 15 anos de idade e de maneira mais substancial após os 40 anos, essa última correspondendo à faixa etária com maior concentração de óbitos (JANNOTTI; SILVA; PERILLO, 2013).

Dessa maneira, os determinantes e condicionantes sociais repercutem nos dados de mortalidade materna, uma vez que eles têm implicações significativas na distribuição dos óbitos pelo Brasil. O grau de escolaridade, relacionado ao acesso à educação enquanto um determinante social intermediário, apresentou-se em menor escala na qual o risco foi mais preponderante, ou seja, o risco foi de quase quatro vezes maior para aquelas com menos de quatro anos de estudo em 2008 (JANNOTTI; SILVA; PERILLO, 2013). O panorama epidemiológico na Paraíba entre 2010 e 2018 mostra maior incidência de óbitos em mulheres com 4 a 7 anos de escolaridade.

Ao avaliar o risco gestacional, considera-se a situação conjugal como relevante para o bem-estar pré-natal. Numa perspectiva inter-regional, em outro estado do país, o perfil de mulheres solteiras vítimas de óbitos em decorrência da gravidez corresponde a mais de 50% (LIMA *et al.*, 2017).

Nacionalmente, verifica-se estatística semelhante, sendo uma variável expressiva. Nota-se que a instabilidade nas relações, inclusive como consequência da gravidez ou ainda a ausência de apoio em todas as necessidades que sustentam a gestante e a gestação estejam colaborando para a vulnerabilidade de mulheres sem uma relação afetiva estabelecida (FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

A Estratégia Saúde da Família atua de modo a garantir que todos os princípios sejam efetivamente implementados na assistência primária. Sendo assim, a determinação da integralidade nas ações desenvolvidas permite que a gestante seja

assistida em todas as suas necessidades e níveis, incluindo a psicoafetiva, na qual haverá a inclusão de familiares e o companheiro em todo o planejamento de cuidados (BRASIL, 2012).

A partir da ótica das instâncias ministras e o cenário nacional da assistência à saúde da mulher no seu ciclo gravídico-puerperal e à saúde da criança, a Rede Cegonha, instituída em 2011, incorpora a redução da mortalidade materna e infantil como parte dos seus objetivos, além de lançar nova proposta de atendimento e organização dentro do SUS (BRASIL, 2013).

Em relação ao fator racial, constatou-se elevado percentual de morte materna em mulheres não brancas na Paraíba. A mortalidade expressiva nesse grupo corrobora questões racistas vivenciadas por essa população, vítimas dos determinantes e vulnerabilidades sociais, dificultando o acesso aos serviços de saúde ou ainda submetidos às falhas no atendimento culminando na fragilização da mulher não branca (THEOFIPILO, RATTNER e PEREIRA, 2018).

Algumas doenças são mais propensas na gravidez em decorrência da fisiologia gestacional, como a hipertensão e diabetes, doenças crônicas comuns durante o período gravídico-puerperal que podem desencadear complicações com desfecho no óbito materno e/ou infantil. Infecções, diabetes, causas hipertensivas e hemorragias foram os diagnósticos mais observados em internações por complicações obstétricas (MOURA *et al.*, 2018).

5 CONCLUSÃO

Doenças hipertensivas são enfermidades evitáveis que, quando devidamente acompanhadas, não corroboram para agravos. O presente estudo permitiu conhecer as características epidemiológicas e entender, através da literatura científica, os fatores que predispõem a mortalidade materna. Esses aspectos devem ser devidamente explorados em consultas de pré-natal, com objetivo de acompanhar integralmente a mulher para prevenir agravos, proporcionar uma gravidez e puerpério com os menores riscos possíveis. Além desse conhecimento sobre o perfil feminino, esses fatores também servem de direcionamento para estratégias que atendem as demandas acerca do assunto.

REFERÊNCIAS

- ALVES, N. C. C. *et al.* . Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 38, n. 4, 2017.
- ARAÚJO, S. T.; SANCHES, M.E.T.L.; NASCIMENTO, W.S. Análise do perfil epidemiológico das internações em uma unidade de terapia intensiva materna. **Enferm. Foco**, 2018; 9 (2): 73-78.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a Rede Cegonha**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- CARVALHO, M.L. *et al.* Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. **R. Interd.** v. 8, n. 2, p. 178-184, abr. mai. jun. 2015.
- DIAS, J.M. G. *et al.* Mortalidade materna. **RevMed Minas Gerais**, v.25, n.2, p.: 173-179, 2015.
- FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.36, n.2, p.527-538 abr./jun. 2012.
- JANOTTI, C.B.; SILVA, K.S.; PERILLO, R.D. Vulnerabilidade social e mortalidade materna no mundo e no Brasil. In: _____ (Org.). **Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2013.
- LIMA, M.R.G. de *et al.* Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, n. 25, v.3, p.: 324-331, 2017.
- MOURA, B.L.A.*et al.* Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 1, e00188016, 2018 .
- SAINTRAIN, Suzanne Vieira *et al.* . Fatores associados à morte materna em unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 28, n. 4, p. 397-404, Dez. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20160073>.
- THEOPHILO, R.L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É.L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 11.

FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS EM GESTANTES DO ESTADO DA PARAÍBA: ANALISANDO O SINAN

Kalyne Araújo Bezerra

UNIFACISA – Centro Universitário; Bacharel em Enfermagem

kalynearaujo@gmail.com; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7386077045907188>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8108-9980>

Pollyanna Jorge Canuto

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba; Mestre em Saúde Pública

pollyannacanuto@hotmail.com; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7008775942073108>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0617-9008>

Hevillyn Cecília Ventura Barbosa

UNIFACISA - Centro Universitário; Bacharel em Enfermagem

hevillynceciliav@gmail.com; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6485718367273713>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2299-9869>

A sífilis gestacional é reconhecida como um importante problema de saúde pública, pois além de ser responsável relevantes repercussões no conceito, apresenta-se como uma doença evitável por meio da assistência Pré-Natal de qualidade, dos recursos disponíveis no diagnóstico, acesso a terapêutica e informações adequadas. Assim, objetiva-se identificar a prevalência de sífilis gestacional e os fatores relacionados no estado da Paraíba no ano de 2019. Para isso, foi realizado um estudo epidemiológico, transversal e retrospectivo e de abordagem quantitativa com os dados do SINAN, organizados em planilhas no Excel 2019 e posteriormente discutidos a luz da literatura. Em 2019, foram notificados 398 casos de sífilis gestacional. No que tange aos fatores associados, encontrou-se nos sociodemográficos um grande número de casos entre 20 e 29 anos, cor parda e escolaridade da 5ª a 8ª série incompleta; nos gestacionais, a sífilis foi diagnosticada durante o pré-natal-PN, principalmente no terceiro trimestre e 89,8% aderiram ao PN; em relação ao diagnóstico clínico e ao tratamento, a classificação clínica foi ignorada na maioria dos casos, com o diagnóstico final de sífilis congênita, tratamento inadequado da gestante e o não tratamento do parceiro. Logo, a relevância diante desta análise oportuna intervenções com desfechos mais favoráveis ao binômio mãe-bebê.

Palavras-chave: Gestantes, Sífilis, Sistemas de informação em saúde.

Gestational syphilis is recognized as an important public health problem, because in addition to bringing relevant repercussions on the conceptus, it presents itself as a preventable disease through quality prenatal care-PN, resources available in diagnosis, access to therapy and adequate information. Thus, the objective is to identify the prevalence of gestational syphilis and related factors in the state of Paraíba in 2019. For this purpose, an epidemiological, cross-sectional and retrospective study with a quantitative approach was carried out with SINAN data, organized in spreadsheets in the Excel 2019 and later discussed in the light of literature. In 2019, 398 cases of gestational syphilis were reported. With regard to the associated factors, a large number of cases between 20 and 29 years old were found in sociodemographic subjects, mixed race and incomplete education from the 5th to 8th grades; in pregnant women, syphilis was diagnosed during prenatal-NP, mainly in the third trimester and 89.8% adhered to the NP; in relation to clinical diagnosis and treatment, clinical classification was ignored in most cases, with the final diagnosis of congenital syphilis, inadequate treatment of the pregnant woman and the non-treatment of the partner. Therefore, the relevance of this timely analysis of interventions with outcomes that are more favorable to the mother-baby binomial.

Keywords: Pregnant women, Syphilis, Health information systems.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, bacteriana, classificada em diferentes formas, são elas: a primária, quando há o aparecimento de uma ferida indolor, situada no local de entrada da bactéria e desaparece sem tratamento; a secundária, na qual podem surgir lesões localizadas por todo o corpo e possibilidade da presença de febre, cefaleia e linfonodos; a latente, dividida em recente, com menos de dois anos de infecção e tardia, em que a infecção ocorreu há mais de dois anos, nesta fase não há o aparecimento de sinais ou sintomas; e a terciária, que pode surgir de 2 a 40 anos após a contaminação, apresentada através de lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar a morte (BRASIL, 2020).

Quando tal patologia tem ocorrência durante a gestação, pode ocasionar riscos a saúde da gestante e a do feto, incluindo anemia, pneumonia, acometimento cerebral, baixo peso ao nascer (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MG, 2019), aborto, parto prematuro, malformação fetal, deficiência visual, auditiva ou a morte durante o nascimento, que pode se manifestar na gestação, no nascimento, durante ou após os dois primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2019).

A sífilis gestacional é, portanto, considerada um problema de saúde pública, é prevalente em mulheres com idade entre 20 e 34 anos, por estarem mais expostas ao risco de infecção (GOMES *et al.*, 2020). De acordo com o Ministério de Saúde (BRASIL, 2019), os casos de sífilis gestacional no Brasil vêm aumentando nos últimos anos, principalmente nas regiões do centro-oeste e nordeste do país. No ano de 2018 foram detectados 62.599 casos de sífilis gestacional no Brasil, com aumento de 25,7% em comparação com o ano de 2017, principalmente na região nordeste que houve um incremento de 59,6% (SUVISA, 2019).

Em 2016, a Organização Mundial de Saúde publicou novas medidas da assistência ao pré-natal para a redução da mortalidade materno infantil, recomendando que a gestante tenha seu primeiro contato com a equipe até a 12 semana de gestação e um mínimo de 8 consultas (houve um aumento de 4) (OMS, 2016).

Nessa perspectiva, é válido ressaltar a importância da realização do pré-natal de qualidade para o acompanhamento das gestantes, a fim de que tal patologia seja detectada precocemente, preferencialmente através de exames no primeiro e terceiro trimestres, pelo menos, oferecendo menos riscos à saúde da gestante e do feto e

permitindo a realização de um tratamento adequado, direcionado a mãe e ao parceiro (BRASIL, 2019).

Assim, avaliar a situação de saúde de uma determinada população além de subsidiar as ações a serem executadas, remete planejamento epidemiológico, proporcionando assim intervenções direcionadas de cunho promotor e preventivo em saúde coletiva. Desse modo, objetiva-se identificar a prevalência de sífilis gestacional e os fatores relacionados no estado da Paraíba no ano de 2019.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e retrospectivo, de caráter descritivo e de abordagem quantitativa, com utilização dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que são alimentados através do preenchimento da ficha de notificação compulsória por profissionais de saúde. Tal sistema constitui um instrumento que auxilia no planejamento, prioridades de intervenção e avaliação destas nas ações de saúde (SINAN, 2020).

O local de estudo foi o estado da Paraíba, localizado no Nordeste brasileiro, com população de 4.039.277 de pessoas segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2020.

Os dados referentes a prevalência de sífilis em gestantes e os fatores relacionados foram organizados em planilha no Excel 2019, analisados e agrupados em quadros e posteriormente discutidos à luz da literatura.

3 RESULTADOS

No ano de 2019 foram notificados um total de 398 casos de sífilis gestacional no estado da Paraíba e identificados fatores sociodemográficos, gestacionais e diagnóstico clínico e tratamento.

Quadro 1 – Fatores sociodemográficos (N=398)

Faixa etária	Raça/ cor	Escolaridade
53,5% encontrava-se na entre a faixa etária de 20 e 29 anos.	73% autodeclararam parda;	25,6% tinham da 5 ^a a 8 ^a série incompleta.
24,4% entre 15 e 19 anos;	12,3% de branca;	13,6% ensino médio completo.
18,8% entre 30 e 39 anos.	6,5% de cor preta.	8,5% o ensino médio incompleto.

Fonte: autoria própria com dados do SINAN, 2020.

Quadro 2 – Fatores gestacionais (N=398)

Trimestre	Momento do diagnóstico	Adesão ao pré-natal
41,2% diagnosticados no 3 ^o trimestre.	55,6% diagnosticados durante o pré-natal.	89,8% realizaram o pré-natal.
26,1% no primeiro trimestre.	40% durante o parto/ curetagem.	9,3% não realizaram o pré-natal.
23,4% no segundo trimestre.	2,4% após o parto.	_____

Fonte: autoria própria com dados do SINAN, 2020.

Quadro 3 – Fatores relacionados ao diagnóstico clínico e tratamento (N=398)

Classificação clínica	Diagnóstico final	Tratamento da gestante	Tratamento do parceiro
35,4% classificação clínica ignorada.	92,2% teve como diagnóstico final a sífilis congênita recente.	67,3% das mães tiveram tratamento inadequado.	47,8% dos parceiros não foram tratados.
29,4% sífilis primária.	4,4% natimorto.	18% não foram tratados.	38% foram tratados.
23,6% sífilis latente.	3,4% abortamento.	5,9% foram tratados adequadamente	14,1% ignorados.

Fonte: autoria própria com dados do SINAN, 2020.

4 DISCUSSÃO

Para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a mulher encontra-se fértil entre 10 e 49 anos (BRASIL,2004). Dados do Departamento de Informática do SUS, através do SINAN, demonstram um número de 1.116.002 de mulheres com essa faixa etária na Paraíba no ano de 2020 até o momento, trazendo uma demanda significativa para as autoridades de saúde (DATASUS, 2020). No presente estudo foi observado um percentual de 77,9 % de mulheres com o diagnóstico de sífilis gestacional, estando entre 15 e 29 anos de idade.

A sífilis gestacional é uma doença infecciosa que pode gerar inúmeras consequências a saúde da mãe e do feto. Visto isso, o Boletim Epidemiológico Nacional de Sífilis (2019) apresentou taxa de 26%, uma prevalência expressivamente maior comparado ao ano de 2018, apresentando um destaque para as regiões Sudeste, Nordeste e Sul. Tendo em vista esse cenário, a mesma se caracteriza como uma das prioridades do Ministério da Saúde. Diante dessa necessidade e compromisso do órgão competente, foram implementadas uma série de investimentos realizados voltados a tal população. Os investimentos em testagem rápida, pré-natal e acompanhamento da gestante durante todo o período de gestação e puerpério merecem destaque frente a essa avaliação (SUVISA, 2019).

O estado da Paraíba apresentou uma taxa de 17% dos casos de sífilis a cada 1000 gestantes no ano de 2019, um índice com percentual de 3% para mais quando

comparado ao ano anterior, considerando a notificação no período de pré-natal, parto e puerpério (SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA, 2020).

Pode-se detectar na presente abordagem que 53,5% das gestantes encontravam-se entre a faixa etária de 20 a 29 anos de idade, 73% se autodeclararam pardas, e 25,6 % dessas amostras estavam entre a 5^o e a 8^o série. Partindo-se dessa informação, o presente estudo corrobora com o que César e colaboradores (2020) reforçam que a maioria das mulheres acometidas pela doença durante a gestação relataram ter cursado apenas até o oitavo ano de escolaridade, no entanto, se diferem na prevalência da raça, pois em seu estudo ele mostra uma maior incidência nas mulheres de cor negra.

Quanto ao período ao qual as gestantes foram diagnosticadas é possível citar: o I semestre com um percentual representativo de 26,1 %; II semestre com 23,4 %; e no III semestre apresentando o maior percentual de diagnósticos com 41,2%. Em outro estudo realizado por Padovani; Rosseto; Peloso (2018) os casos foram mais prevalentemente diagnosticados no primeiro e segundo semestre, apresentando um índice de 78,23% das testagens positivas durante o período de pré-natal estabelecendo correlação com o resultado da presente abordagem que apresentou 55,6 % dos diagnósticos durante o período do pré-natal.

Tratando-se dos diagnósticos, durante o estado puerperal foi possível detectar um percentual de 2,4% de testagem positiva no pós-parto e 40% durante o trabalho de parto, ou mesmo durante procedimentos de curetagem. O que chama atenção é que o sistema traz o dado de que 89,8% das gestantes realizaram o pré-natal, deste modo, a sífilis gestacional poderia ter sido identificada anteriormente. Tal lacuna apresenta-se como um fator bastante intrigante para futuras pesquisas, e análise da eficácia do pré-natal em relação às testagens.

Lafetá e colaboradores (2020) cita em seu estudo que o diagnóstico tardio relacionado ao período do terceiro trimestre, com o pós-parto e puerpério, pode se caracterizar como um maior fator predisponente para a infecção do feto. O mesmo estudo ainda estabelece uma ligação considerável com o resultado da presente abordagem pois descreve que a maioria das gestantes estudadas, tenham realizado no mínimo 6 consultas de pré-natal, ainda sim prevaleceu o fator do diagnóstico tardio.

Partindo-se desse achado, alguns fatores que podem dificultar o diagnóstico durante o pré-natal, segundo estudo realizado por Silva; Ozinira (2020) são: a qualidade do serviço, as dificuldades para a realização do pré-natal em sua totalidade,

a falta da realização dos exames, e o não acompanhamento dos parceiros das mulheres infectadas.

Em relação a sua classificação clínica, a presente infecção pode variar entre seus estágios: primária, secundária, latente e terciária. Torna-se necessário ressaltar que no caso da sífilis latente não há o aparecimento de sintomas, dificultando assim o diagnóstico clínico através de achados durante a consulta, entretanto no caso da sífilis primária ocorre o aparecimento de alguma lesão, normalmente na região ao qual houve a entrada da bactéria (BRASIL, 2016) sendo prevalente os diagnósticos nesta classificação.

No que se refere ao diagnóstico final dos casos de sífilis gestacional, uma pesquisa realizada em municípios brasileiros, demonstrou que o Nordeste apresentou uma maior taxa de transmissão vertical quando comparado às regiões do Sul, Centro-Oeste e Norte do país (FIGUEIREDO *et al.*, 2020), o que corrobora com os achados referentes aos dados da sífilis congênita.

Em relação a adesão ao tratamento, apenas 5,9% das mães tiveram o tratamento adequado, enquanto 67,3% fizeram o tratamento de forma inadequada. Tendo em vista tal realidade, segundo Silva *et al.* (2020) a dificuldade na adesão do tratamento envolve questões educacionais e de concepções acerca da doença em relação à população, como a não conscientização, bem como a banalização da doença e sobre a prática da realização da relação sexual de forma segura.

Em relação aos resultados da pesquisa em questão, um dado bastante importante em relação a adesão dos parceiros foi que 48% deles não fizeram o tratamento. Vasconcelos *et al.*, (2020) discorre em seu manuscrito sobre a necessidade da adesão do tratamento do parceiro diante do diagnóstico, informa que a qualificação do profissional e o manejo do caso em si faz toda a diferença. Em relação aos motivos da não adesão ao tratamento por parte do parceiro destaca-se a recusa do mesmo, a não percepção da apresentação de sintomas clínicos, não acreditarem no tratamento e/ ou terem medo da administração do medicamento (GOMES, 2020).

5 CONCLUSÃO

Diante de toda abordagem mencionada neste estudo, finda-se que a sífilis é uma das doenças que gera detrimientos às gestantes e seus conceptos. Embora tenha agente etiológico estabelecido, modo de transmissão explícito, diagnóstico acessível,

tratamento profícuo, com exequíveis potenciais para a cura, ainda assim, persiste como indubitável problema de saúde pública. A presença da infecção materna reflete imprecisões no rastreamento das doenças de notificação, assim como aponta falhas no pré-natal, reverberando na prevalência de doenças congênitas, e devido a sua magnitude, reforça a tese de que seriam necessárias imprescindíveis mudanças na assistência materna, desde o planejamento familiar até o puerpério seguro e saudável.

Dente os dados apresentados, é válido discorrer que o SINAN/2019 apontou relevantes fatores pertinentes ao entendimento do desfecho por ele mostrado, uma vez que aspectos sociodemográficos, gestacionais, de diagnóstico clínico e do tratamento ratificam com seus achados relevantes. É concernente analisar que a faixa etária de maior incidência favorece aquelas em fase sexualmente ativas, além de pouca instrução como grande potencializador no conhecimento da prevenção de doenças.

Entre os demais fatores, o diagnóstico tardio, aliados ao grande montante já no parto/curetagem, não corroboram com a grande adesão ao pré-natal, apontando assim um hiato nesta assistência, relacionando também ao vultoso número de sífilis congênita. Nesta mesma analogia, demonstra que alguns profissionais trataram de forma incorreta a sífilis, que por vezes pode ter sido classificada de forma errônea como aponta o estudo, assim como o não tratamento do parceiro, possibilitando a reinfecção da gestante e conseqüentemente péssimos desfechos para o feto ou neonato.

Ademais, esta análise mostrou que existem várias lacunas entre o que é preconizado, o ofertado, e o que realmente é realizado, uma vez que apesar de todos protocolos, programas, insumos, e capacitações, a sífilis na Paraíba, perante o SINAN, encontra-se negligenciada pela a má prestação de serviços, pois aspectos sociodemográficos, gestacionais devam ser melhor apreciados, e que fatores relacionados ao diagnóstico e ao tratamento merecem ser revistos, pois, a visto disso, há substanciais falhas no âmbito saúde da mulher, especialmente na assistência materno-infantil.

4 REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional Integral à Saúde da Mulher**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 19 set 2020;

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. **População Residente- Estudo de Estimativas Populacionais Por Municípios, Idade e Sexo 2000 a 2020-Brasil. 2020.** Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popsvs/cnv/popbr.def>. Acesso em 19 de setembro de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis no Brasil - 2019.** Brasil. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em: 16 Set 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sífilis: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção.** Brasil (2016). Disponível: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/sifilis>. Acesso em 16 Set 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/sifilis>. Acesso em: 18 de setembro de 2020.

FIGUEIREDO, Daniela Cristina Moreira Marculino de *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, e00074519, 2020. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000305009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Set 2020;

GOMES, Natália da Silva *et al.* Produção científica na área da saúde sobre sífilis gestacional: revisão narrativa. **Sanare - Revista de Políticas Públicas**, Ceará, v. 19, n. 1, p. 113-120, 18 jun. 2020;

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. **Boletim Epidemiológico do ano de 2019.** Brasil-BA. Disponível em : http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/08/boletim_sifilis_2019.pdf. Acessado em: 16 Set 2020;

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>. Acesso em: 16 set 2020;

LAFETÁ, Kátia Regina Gandra *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2016, v. 19, n. 01. pp. 63-74. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>>. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>. Acessado em 19 Set 2020;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **OMS publica novas orientações sobre pré-natal para reduzir mortes de mães e bebês.** Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-publica-novas-orientacoes-sobre-pre-natal-para-reduzir-mortes-de-maes-e-bebes/amp/>. Acesso em: 20 set 2020;

PADOVANI, Camila Rosana; ROSSETO, de Oliveira; PELLOSO, Marisa Sandra. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do

sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** 26 (2018). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3019.pdf. Acesso em: 16 Set 2020;

PORTAL SINAN. Disponível em: **SINAN**: Sistema de Agravos de notificação. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 set 2020;

SECRETARIA DO ESTADO DA PARAÍBA. **Boletim Epidemiológico de Sífilis - 2019**. 2020. BRASIL-PB. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/consultas/vigilancia-em-saude-1/BoletimEpidemiolgico01Sfilis1.pdf>. Acesso em: 16 Set 2020;

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MG. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sifilis#>. Acesso em: 18 set 2020.

SILVA, Deusivane Jorge da; OZINIRA, Maria da Costa. **Sífilis congênita: diagnóstico precoce na gestação**. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/14653>. Acesso em 16 Set 2020;

SILVA, Policardo Gonçalves *et al.* **Sífilis adquirida: dificuldades para adesão ao tratamento**. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/322/sifilis-adquirida-dificuldades-para-adesao-ao-tratamento/>. Acesso em: 16 Set 2020;

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa *et al.* Syphilis in pregnancy: strategies and challenges of nurses of primary care for treatment couple simultaneous. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** 29 (2016): 85. Disponível em: <http://search.proquest.com/openview/4cc35c0e5d6d12432a43c75dd50d36ae/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2046042>. Acesso em: 16 Set 2020.



Editora
IDEIA
Inst. de Desenv. Educ. Introd. e Aprendizagem