

PERFIL SOCIOECONÔMICO E HEMATOLÓGICO DE GESTANTES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GUARACIABA, SANTA CATARINA

Alekssandra Land¹
Flávia Hoffmann Palú²

RESUMO

A gestação é um período de intensas mudanças na vida da mulher, constituído por uma série de questionamentos sobre o seu novo perfil fisiológico. O objetivo com este estudo foi analisar o perfil socioeconômico e hematológico de gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde do município de Guaraciaba, Santa Catarina. Trata-se de um estudo quantitativo no qual foram analisados 25 prontuários de gestantes cadastradas durante o período de janeiro a dezembro de 2013. Foram utilizados dados epidemiológicos de faixa etária, peso, pressão arterial, estado civil e profissão, e dados laboratoriais individuais de cada prontuário (hematológico, imunológico, bioquímico e terapia medicamentosa). Nos principais resultados, observou-se que 52% das mulheres estão em idade ideal para a gestação (24 a 28 anos). Os níveis glicêmicos mostraram que a maioria (36%) estava entre 72 e 91 mg/dL. O sulfato ferroso e o ácido fólico foram as suplementações medicamentosas mais utilizadas, mantendo os níveis de hemoglobina normal. A hemoglobina e o hematócrito permaneceram dentro dos seus valores normais, entre 11 e 17 g/dL e de 37 a 46%, respectivamente. Observou-se que os resultados laboratoriais estavam normais durante o pré-natal, concluindo que as gestantes estão realizando acompanhamento médico periódico. Todavia, as limitações do estudo dos prontuários trouxeram muitas dificuldades para a realização deste estudo. Por fim, considera-se que este estudo foi de grande importância para a região, pois a gestação é um momento de cuidados intensos, necessitando da realização de programas de ações educativas permanentes para atender às necessidades básicas da mulher.

Palavras-chave: Gestação. Pré-natal. Hemograma. Anemia.

1 INTRODUÇÃO

A gestação normal está associada a ajustes fisiológicos e anatômicos que acarretam acentuadas mudanças no organismo materno, incluindo a composição dos elementos figurados e humorais do sangue circulante e o processo de interação de uma nova imagem corporal (CÔRTEZ; VASCONCELOS; COIRINHO, 2009).

Provavelmente, em nenhuma outra fase do ciclo vital feminino exista maior mudança no funcionamento e forma do corpo humano em tão curto espaço de tempo quanto de uma gestação; essas mudanças se iniciam no momento da fecundação e se estendem por todo o período gestacional até o término da lactação (BACHA; PÉRET, 2009).

A gestação exige um enfrentamento diário de importantes eventos vitais, como mudanças físicas e no âmbito psicossocial, com repercussões na dinâmica familiar e na formação de laços afetivos entre seus membros (ARAÚJO et al., 2012).

Essa nova fase de vida confere à mulher uma série de cuidados à sua saúde e à do bebê, estando suscetível a várias infecções e alterações na sua fisiologia normal, ocasionando diminuição nos mecanismos de defesa do seu organismo (CÔRTEZ; VASCONCELOS; COIRINHO, 2009).

¹ Graduanda em Farmácia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina de São Miguel do Oeste; ale.biomedicina@hotmail.com

² Mestre em Biociências e Saúde pela Universidade do Oeste de Santa Catarina; Pós-Graduada em Imunogenética pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná; Professora nos cursos de Farmácia, Fisioterapia, Enfermagem e Educação Física da Universidade do Oeste de Santa Catarina de São Miguel do Oeste; flavia_hof@yahoo.com.br

Uma importante anormalidade que pode ser detectada pelo hemograma e que é uma das deficiências nutricionais mais presentes em todo o mundo, a anemia por deficiência de ferro ou anemia ferropriva, é uma das mais comuns, especialmente pelo fato de qualquer faixa etária ser vulnerável a essa deficiência (CÔRTEZ; VASCONCELOS; COIRINHO, 2009). A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2013, p. 2) estima que 41,8% das gestantes apresentam sintomas ou desenvolvem anemia ferropriva durante a gestação.

A falta de ferro no organismo aumenta as chances de prematuridade e/ou mortalidade do feto e da própria mãe, além de prejudicar a produtividade. Ainda, quando a hemoglobina se encontra significativamente abaixo dos níveis adequados, a gestante pode sofrer insuficiência cardíaca, com risco de morte para ela e para o bebê (CÔRTEZ; VASCONCELOS; COIRINHO, 2009).

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) também são fatores de risco para o feto e/ou a mãe. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2009), as mulheres aumentam o risco de resultados adversos na gravidez, incluindo natimortos, bebês com baixo peso ao nascer, mortes neonatais e sífilis congênita. Além disso, as DSTs atingem principalmente mulheres entre 15 e 24 anos de idade, sendo mais propensas a serem infectadas por herpes genital (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, há uma prevalência elevada das DSTs entre as mulheres. Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) mostrou que a prevalência de DSTs curáveis em gestantes é de 13,5%; já nas DSTs virais, o HPV (Papiloma Vírus Humano) é o vírus que mais presente nas gestantes, atingindo mais de 40% delas.

Existem poucos dados acerca do perfil epidemiológico e hematológico em gestantes na região estudada (CODES et al., 2002). Nesse sentido, com o objetivo de avaliar o perfil socioeconômico e hematológico de gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde do Município de Guaraciaba, sentiu-se a necessidade de realizar esta pesquisa, buscando compreender as alterações que as doenças hematológicas e sexualmente transmissíveis causam ao feto e à gestante, além de acrescentar, por meio de pesquisas científicas, alternativas para uma melhor condição nessa nova fase de vida da mulher.

2 DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo retrospectivo quantitativo, com o intuito de desenvolver análise do perfil socioeconômico e hematológico de gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde do Município de Guaraciaba, no período de janeiro a dezembro de 2013.

Para realização desta pesquisa, foram analisados 25 prontuários de gestantes cadastradas durante o período de janeiro a dezembro de 2013 pela Unidade Básica de Saúde do referido Município.

A obtenção da amostra foi autorizada pela Unidade de Saúde Básica do Município, sendo que o número adquirido não representa a totalidade de prontuários cadastrados no ano 2013, em razão de mudanças de infraestrutura que ocorrem na Unidade.

Além disso, as gestantes analisadas nesta pesquisa apresentaram faixa etária superior a 19 anos e estavam cadastradas dentro do período citado.

Este estudo foi submetido à revisão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana (CEP) da Universidade do Oeste de Santa Catarina de São Miguel do Oeste, sendo os prontuários mantidos em sigilo, conforme o Termo de Compromisso para utilização de dados de arquivos (prontuários), também realizado pelo CEP da mesma Instituição.

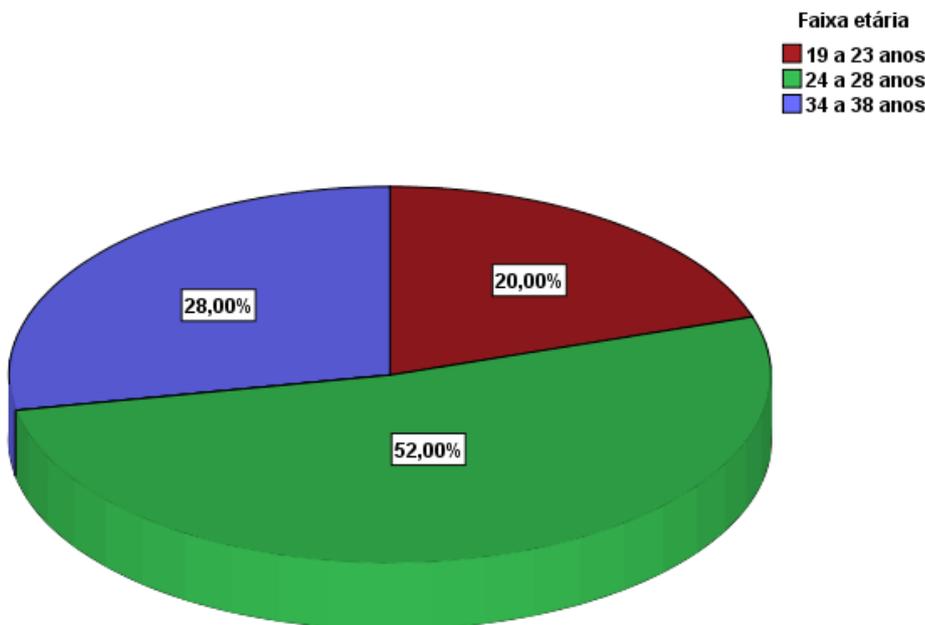
Nos 25 prontuários cadastrados pela Unidade Básica de Saúde do Município de Guaraciaba, SC, foram analisados dados epidemiológicos, como faixa etária, peso, pressão arterial, estado civil e profissão. Além disso, foram comparados resultados laboratoriais individuais de cada prontuário, como hematológico (hemoglobina e hematócrito), bioquímico (glicose), imunológico (anti-HIV, HBsAg e VDRL) e dados clínicos envolvendo terapia medicamentosa de sulfato ferroso e ácido fólico.

A interpretação dos resultados encontrados foi realizada por intermédio de gráficos, por meio de porcentagens, possibilitando a obtenção de resultados estatísticos úteis para a comunidade científica, uma vez que sua ilustração gráfica e a comparação com outros estudos da área tornam a pesquisa ampla e didática.

2.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 25 gestantes analisadas, 52% apresentaram uma faixa etária entre 24 e 28 anos, 28% entre 34 e 38 anos e 20%, entre 19 e 23 anos (Gráfico 1). De acordo com Pazello (2006, p. 509), o critério sobre a idade ideal para dar à luz evoluiu com o tempo. Na década de 1960, considerava-se ideal a faixa etária entre os 18 e os 25 anos. Hoje, admite-se que a idade “ideal” para a primeira gravidez varia dos 20 aos 30 anos. Diante da tendência de as mulheres engravidarem mais tarde, é possível que, em alguns anos, esses números sejam revistos e o período alargado significativamente.

Gráfico 1 – Faixa etária



Fonte: os autores.

Sobre a atuação dessas gestantes no mercado de trabalho, observou-se que 44% trabalham fora de casa, 24% exercem a função de dona do lar, 12% são estudantes, 8% são desempregadas, e a profissão de 12% não foi relatada nos prontuários. Nesse sentido, há um forte impacto da maternidade sobre o engajamento da mulher no mercado de trabalho.

O entendimento dessa relação é importante por inúmeras razões; primeiro, observa-se um menor número de filhos, o que estaria relacionado a um maior engajamento no mercado de trabalho, e em segundo lugar, o papel da maternidade sobre o engajamento da mulher no mercado de trabalho poderia ser um dos fatores que podem explicar o diferencial de salário e de ocupações entre homens e mulheres, questão ainda discutida em literatura (PAZELLO, 2006).

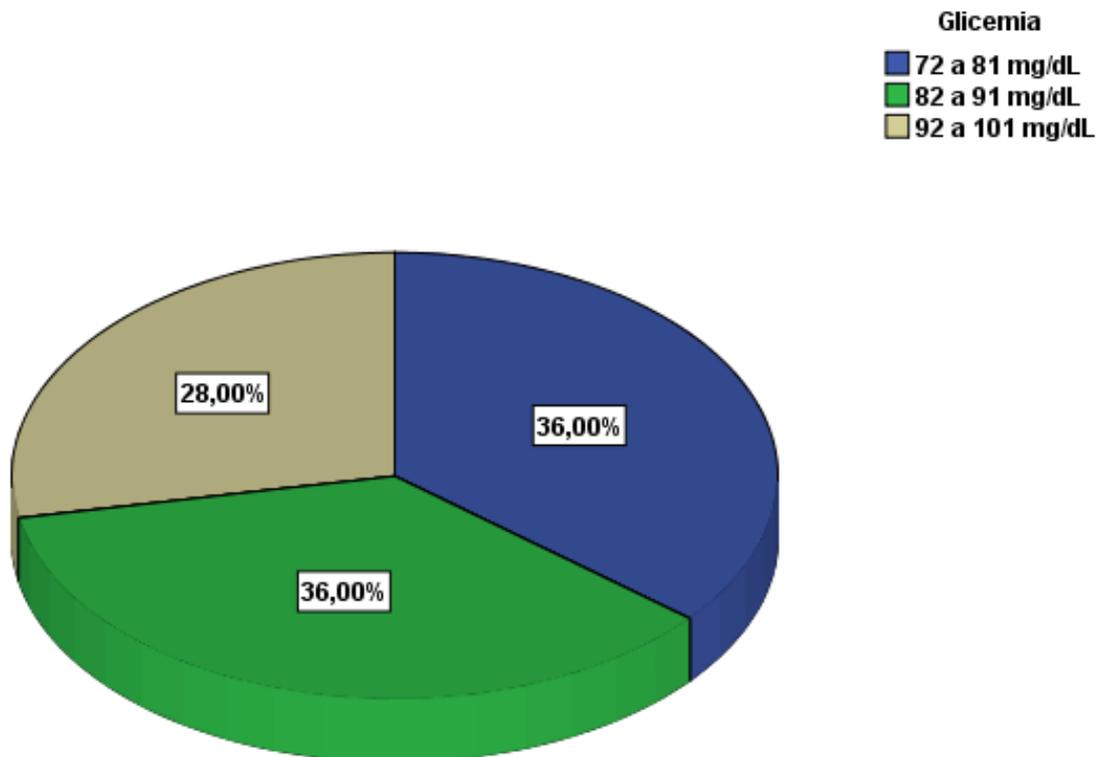
Em meio às diversas transformações sofridas pelo casamento e pela família ao longo da história, várias configurações familiares convivem na contemporaneidade. Contudo, observa-se que 64% se apresentavam em uma união estável perante a sociedade atual, 20% eram solteiras, e esse dado de 16% não foi relatado nos prontuários. Segundo Rios e Gomes (2009, p. 215), a família e o casamento têm sofrido diversas transformações ao longo da história, em que a família tradicional cede lugar a diversas novas configurações familiares que se tornam mais visíveis, exigindo legitimidade e maior aceitação por parte da sociedade.

Nesse contexto de prolongar cada vez mais a maternidade, as mulheres estão propícias a desenvolver a diabetes gestacional, uma doença metabólica crônica, caracterizada por hiperglicemia e responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrossomia fetal e malformações fetais (BRASIL, 2013).

Pode-se observar nas variações dos níveis glicêmicos que a maioria (36%) das gestantes apresentam níveis glicêmicos em jejum entre 72 e 81 mg/dL e entre 82 e 91 mg/dL, considerados normais na gestação, e 24% apresentaram níveis entre 92 e 101 mg/dL, sugerindo uma diabetes gestacional, devendo ter acompanhamento médico rigoroso (Gráfico 2).

As gestantes têm valores diferenciados para a glicemia de jejum, sendo o limite superior para a suspeita do diagnóstico de diabetes 85 mg/dL. Segundo o Ministério da Saúde (2010), o *diabetes mellitus* associado à gravidez pode ser classificado como diabetes gestacional (diagnosticado durante a gravidez) e diabetes pré-gestacional (diabetes prévio à gravidez: tipo 1, tipo 2 ou outros) representando, nesse caso, 10% das gestantes com diabetes.

Gráfico 2 – Níveis glicêmicos

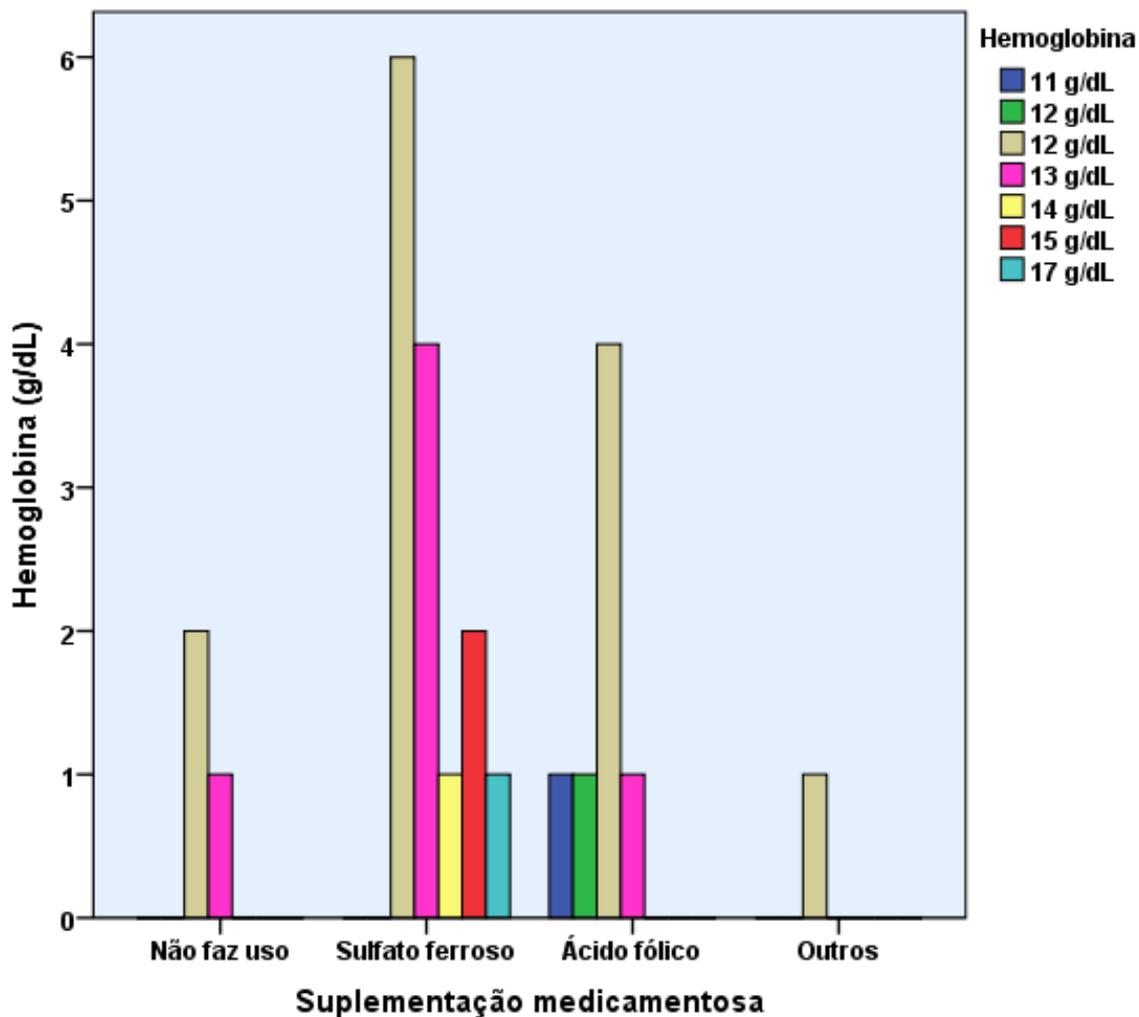


Fonte: os autores.

Referente ao uso de suplementação medicamentosa e os níveis de hemoglobina, observou-se que o uso de suplementos contribui para a hemostasia do organismo materno e fetal. O sulfato ferroso e o ácido fólico são os mais utilizados, mantendo os níveis de hemoglobina entre 12 e 13 g/dL, havendo variações de 14 g/dL a 17 g/dL. Os valores referências para a hemoglobina no período gestacional são de 11 a 17 g/dL (Gráfico 3).

Na gestação há um aumento da necessidade de ferro, mas nem todo o ferro adicionado à circulação materna é necessariamente destinado à mãe. Há, ainda, a necessidade do ferro para o desenvolvimento do feto, placenta e cordão umbilical e para as perdas sanguíneas por ocasião do parto, seja cesariano ou normal (SOUZA; FILHO; FERREIRA, 2002).

Gráfico 3 – Análise entre a utilização de suplementação medicamentosa e os níveis de hemoglobina

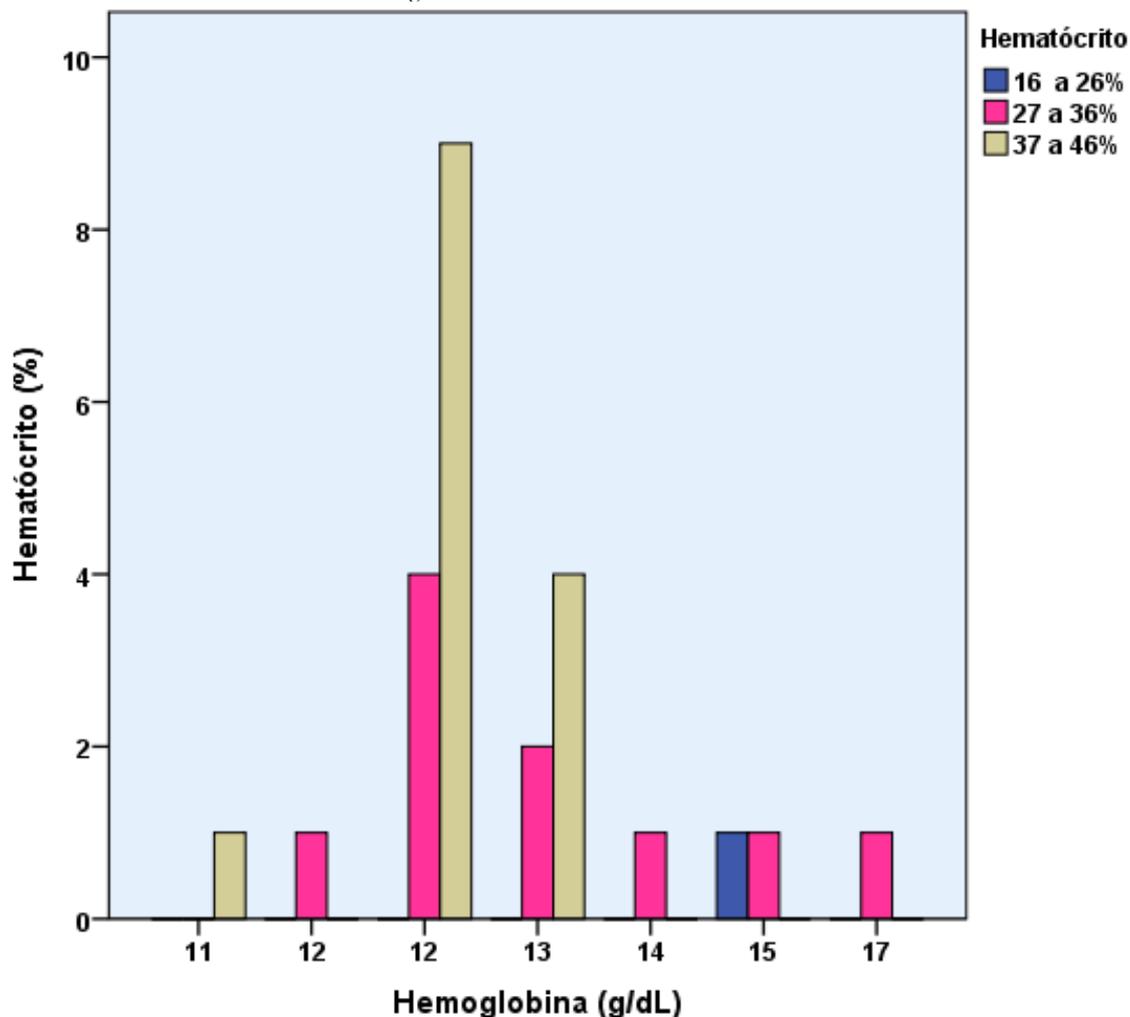


Fonte: os autores.

No que diz respeito ao peso em relação à pressão arterial, observaram-se as variações em determinados períodos gestacionais, em que houve, no início da gestação, um ganho de peso significativo, com picos de alterações na pressão arterial, mas ao final da gestação, observou-se um melhoramento nos valores na pressão arterial das gestantes. Isso mostra que o ganho de peso não foi um fator importante para o aumento na pressão arterial dessas gestantes, uma vez que o Ministério da Saúde (2010) preconiza que o valor da hipertensão arterial deve ser igual ou maior que 140 x 90mm/Hg baseada na média de pelo menos duas medidas durante o período do pré-natal.

Sobre os valores de hemoglobina em relação ao hematócrito (Gráfico 4) observou-se que as gestantes se encontravam com níveis normais, mostrando que a suplementação medicamentosa adequada para cada gestante é a melhor forma de manter o nível de hemoglobina (SOUZA; FILHO; FERREIRA, 2002). Os níveis de hemoglobina permaneceram entre 11 e 17g/dL, e o hematócrito correspondente foi de 37 a 46%, com variações de 27 a 36%, sendo o valor de referência para gestantes de 34 a 47%.

Gráfico 4 – Análise entre os níveis de hemoglobina e hematócrito



Fonte: os autores.

Em estudos comparativos, o aumento do volume plasmático está relacionado com o desempenho clínico da gestação e varia amplamente de uma mulher para outra, sendo esse aumento do volume plasmático necessário para suprir a demanda do sistema vascular hipertrofiado de um útero aumentado, para proteger mãe e feto dos efeitos deletérios da queda do débito cardíaco e para resguardar a mãe dos efeitos adversos das perdas sanguíneas associadas ao parto e possíveis quadros anêmicos (COSTA; BRUM; LIMA, 2009).

É importante ressaltar que neste estudo não houve nenhum caso diagnosticado de doenças sexualmente transmissíveis, como HIV (anti-HIV), hepatite B (HBsAg) e sífilis (VDRL), o que para estudiosos, gestantes e profissionais da Unidade de Saúde Básica é um grande resultado, pois mostra que algumas formas de prevenção estão sendo realizadas no Município, mantendo a saúde e bem-estar dessas gestantes e seus futuros filhos.

Atualmente, o governo brasileiro, para garantir e se certificar sobre o acompanhamento do pré-natal obrigatório, vem promovendo uma avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas e evitar resultados desfavoráveis. Com isso, os indicadores de saúde estabelecem um percentual de gestantes com seis ou mais consultas de acompanhamento pré-natal realizada por médico ou enfermeiro habilitado, sendo que o número de gestantes é estimado pelo número de nascidos vivos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Muito se melhorou nessa área, mas ainda falta muito, pois a base de dados sobre nascidos vivos apresenta insuficiente cobertura populacional em determinadas áreas do País, especialmente nas menos desenvolvidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

3 CONCLUSÃO

Neste estudo demonstrou-se, por meio dos resultados normais obtidos pelo pré-natal, que as gestantes atendidas pela Unidade Básica de Saúde de Guaraciaba, SC, estão realizando acompanhamento médico periódico. Todavia, esses resultados não refletem a real situação do Município, uma vez que das 45 gestantes presentes no Município no período estudado, somente 25 foram analisadas.

As gestantes desta pesquisa não apresentavam nenhuma DSTs, demonstrando um grande avanço para essa Unidade Básica de Saúde, uma vez que a inexistência de DSTs nas gestantes e, conseqüentemente, em seus futuros filhos, traz melhor qualidade de vida para ambos.

Nesse sentido, o problema maior neste estudo foram a limitação do acesso aos prontuários na Unidade Básica de Saúde e o seu preenchimento incompleto. Dessa forma é importante que medidas sejam tomadas no sentido de solucionar esses problemas para que se possa realizar estudos que mostram a real condição do Município.

Sugere-se que estudos posteriores a este sejam desenvolvidos, para que se possa aprofundar o conhecimento de inúmeros fatores relacionados a essa situação, como, por exemplo, dados referentes aos valores laboratoriais de combs indireto, exame qualitativo de urina (EQU) e o exame citológico preventivo do colo do útero (Papanicolau), que devido à falta de dados nos prontuários, não foi possível analisar.

Nesse caso, as gestantes devem assegurar-se dos seus direitos perante o sistema nacional de saúde, que garante prevenção e assistência à sua saúde e a do recém-nascido, garantindo o acesso e a qualidade dessa assistência, por meio da exigência do pré-natal no primeiro trimestre da gestação e da realização de todos os exames complementares necessários. Para atender às necessidades desse segmento, é necessário que o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, assim como os estados e municípios, desenvolvam estratégias com o objetivo de organizar os sistemas de atenção às gestantes visando a uma assistência hierarquizada e integralizada no sentido de cumprir os princípios constitucionais do SUS.

Por fim, este estudo foi de grande importância para a região e sugere-se que sejam desenvolvidos programas de ações educativas permanentes sobre as precauções básicas, bem como a realização de treinamento para os profissionais de saúde, visando melhorias na organização e preenchimento dos prontuários, pois é por meio destes que se consegue realizar um pré-natal adequado e um parto seguro para a mãe e seu filho.

Profile socioeconomic and haematological of pregnant women answered in basic unit Guaraciaba county health - Santa Catarina

Abstract

Pregnancy is a period of intense changes in women's lives, consisting of a series of questions about your new physiological profile. The objective of this study was to analyze the socioeconomic background and hematological of pregnant women in Basic Health Unit in the city of Guaraciaba - Santa Catarina. This quantitative study analyzed 25 medical records of pregnant women registered during the period from January to December 2013. epidemiological data of age were used, weight, blood pressure, marital status and occupation, and individual laboratory data of each chart (hematological, immunological, biochemical and medical therapy). The main results, it observed that 52% of women are in ideal age for pregnancy (24-28 years) to have children. Glucose levels showed that the majority (36%) were between 72-91 mg / dL. Ferrous sulfate and folic acid being the most used drug supplements, while maintaining the normal hemoglobin levels. Hemoglobin and hematocrit were within normal values, between 11 and 17 g / dL and 37-46%, respectively. We observed that the laboratory results were normal during the prenatal and concluded that pregnant women are performing periodic medical monitoring. However, study of the constraints of records brought many difficulties to carry out this study. Finally, we consider that this study was of great importance for the region because the pregnancy is a time of intense care, requiring the implementation of permanent educational actions programs to meet the basic needs of women.

Keywords: Pregnancy. Prenatal. Hemograma. Anemia.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, N. M. et al. Corpo e sexualidade na gravidez. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/04.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2013.

BACHA, A. C.; PÉRET, A. F. J. Assistência pré-natal e obstétrica. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 6, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6s1/v93n6s1a05.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

BRASIL. Portal Brasil. **Portal do SUS**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <www.brasil.gov.br>. Acesso em: 13 set. 2013.

CODES, J. S. de et al. Detecção de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Clínica de Planejamento Familiar da Rede Pública no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 24, n. 2, mar. 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0466.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

CÔRTEZ, M. H.; VASCONCELOS, I. A. L.; COIRINHO, D. C. Prevalência de anemia ferropriva em gestantes brasileiras: uma revisão dos últimos 40 anos. **Revista de Nutrição**, São Paulo, v. 22, n. 3, ago. 2009. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/is_digital/is_0209/pdfs/IS29\(2\)033.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/is_digital/is_0209/pdfs/IS29(2)033.pdf)>. Acesso em: 16 dez. 2013.

COSTA, C. M. da; BRUM, I. R.; LIMA, E. S. Anemia e marcadores séricos da deficiência de ferro em grávidas atendidas na rede pública municipal de Manaus, Amazonas, Brasil. **Acta Amazônia**, Manaus, v. 39, n. 4, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aa/v39n4/v39n4a18.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids**. Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/publicacoes/Prevalencias%20DST%20Brasil%20capitais_para_web.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tabnet/ Datasus. Indicadores de Saúde**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 27 jan. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Indicadores de Saúde: DATASUS**. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/>> Acesso em: 05 set. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2017.

PAZELLO, E. T. A maternidade afeta o engajamento da mulher no mercado de trabalho?: um estudo utilizando o nascimento de gêmeos como um experimento natural. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 36, n. 3, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ee/v36n3/a04v36n3.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2013.

RIOS, M. G.; GOMES, I. C. Casamento contemporâneo: revisão de literatura acerca da opção por não ter filhos. **Estudo psicológico**, São Paulo, v. 26, n. 2, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n2/09.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2013.

SOUZA, A.; FILHO, M.; FERREIRA, L. Alterações hematológicas e gravidez. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Recife, v. 24, n. 1, out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v24n1/a06v24n1.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2013.