

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

Genótipos da Doença Falciforme, variáveis reprodutivas e crises álgicas

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC

Relatório final

Autores:

- Ana Carolina Pessoa de Lima Oliveira- *Estudante de graduação – Medicina – FPS – 6º período.*
- Marina Lucena Gonçalves Dias- *Estudante de graduação – Medicina – FPS – 6º período.*
- Maria Luiza Rodrigues Pinheiro Gomes- *Estudante de graduação – Medicina – FPS – 4º período.*

Orientadora: Ariani Impieri de Souza

Co-orientadoras:

Flávia Anchielle Carvalho da Silva

Ana Laura Carneiro Gomes Ferreira

Manuela Freire Hazin Costa

Recife, agosto de 2016

RESUMO

Objetivos: descrever as características sociodemográficas, clínicas e reprodutivas de mulheres em idade fértil, portadoras de Doença Falciforme (DF) e relacioná-las com seus genótipos. **Método:** estudo transversal, com 158 mulheres de 14-45 anos portadoras de DF, acompanhadas no ambulatório de hemoglobinopatias de um centro de hematologia da cidade do Recife, no período de setembro de 2015 a abril de 2016. Os dados foram coletados através de entrevista e consulta ao prontuário. A análise dos dados foi realizada por meio do programa Epi-Info v.7.2. **Resultados:** a maioria das pacientes tinha entre 20 e 34 anos (58,9%); era de cor parda (63,5%); possuía de dez a doze anos de estudo (59,5%) e referia renda familiar mensal de até um salário mínimo (56,9%). Os genótipos foram distribuídos em: 134 pacientes (84,8%) portadoras de Anemia Falciforme (AF), 12 pacientes (7,6%) tinham Doença SC e 12 pacientes (7,6 %) possuíam outros genótipos da DF. As mulheres com AF apresentaram atraso na idade da menarca ($p<0,001$) em relação aos outros genótipos; entretanto, não se observou diferença estatisticamente significativa em relação à idade da coitarca ($p=0,119$), número de gestações ($p=0,248$), e número de filhos vivos (mediana=1 para todos os genótipos). Não se observou diferença estatisticamente significativa entre a ocorrência de crises álgicas e o uso de progestágenos isolados ou métodos hormonais combinados ($p=0,072$). **Conclusão:** as mulheres estudadas eram em sua maioria jovens, de cor parda, com boa escolaridade e baixa renda. Não houve diferença entre os genótipos da DF e as características reprodutivas, exceto, o atraso na idade da menarca nas portadoras de AF. O método contraceptivo utilizado não influenciou na frequência das crises álgicas.

Palavras-chave: Doença Falciforme; Anemia Falciforme; Fertilidade; Desenvolvimento sexual; Anticoncepção

INTRODUÇÃO

A Doença Falciforme (DF), desordem hematológica hereditária mais frequente no mundo, afeta aproximadamente 30 milhões de indivíduos e representa problema de saúde pública devido a sua significativa morbimortalidade associada ^{1,2}.

É mais frequente em países africanos e naqueles com influência da raça negra em sua colonização, porém devido às migrações populacionais, apresenta distribuição universal. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), nascem 3.500 crianças por ano com DF e 200.000 com traço falciforme. Pernambuco é o terceiro estado brasileiro com maior prevalência ³.

A DF é caracterizada pela presença da hemoglobina S (HbS), que ao ser submetida a situações clínicas de estresse (infecção, desidratação, hipóxia), sofre desoxigenação, forma longos polímeros dentro das hemácias, o que leva à deformidade das mesmas (falcização). Em consequência, ocorre vaso-oclusão nos diversos tecidos e órgãos gerando quadro de hemólise, trombose e crises algicas ^{3,4}.

A gravidade dos diferentes quadros clínicos deve-se ao genótipo da DF, concentração de hemoglobina fetal (HbF) e haplótipo apresentado ⁵. Os genótipos da DF são homozigose da HbS (Anemia Falciforme) e as heterozigoses da HbS com outras hemoglobinas anômalas: Doença SC, Doença SD, Hemoglobinopatia S-alfa-talassemia, Hemoglobinopatia S-beta-talassemia, entre outras. A forma mais frequente e também mais grave é a Anemia Falciforme (AF), enquanto a Doença SC, segunda mais frequente, se apresenta de forma mais branda ^{6,7}.

Nos últimos anos a mortalidade dos portadores de DF vem diminuindo devido ao melhor conhecimento de sua fisiopatologia, levando a precoces intervenções diagnósticas e terapêuticas, tais como instituição de triagem neonatal, profilaxia antibiótica com penicilina, imunização, uso de hidroxiuréia e assistência multidisciplinar⁸.

Com a melhora da sobrevida, aumentou o número de mulheres que chegam à idade fértil e que, posteriormente, vivenciarão os desafios associados às questões reprodutivas e contraceptivas. Atraso no desenvolvimento puberal, retardo na primeira gestação, complicações no ciclo gravídico puerperal e a escolha do método contraceptivo, estão entre esses desafios⁸⁻¹².

Apesar de vários estudos demonstrarem a influência da AF em algumas características sexuais e reprodutivas, são escassos os dados da literatura referentes aos outros genótipos da DF⁹. Desta forma, o presente estudo teve por objetivo descrever variáveis sociodemográficas, reprodutivas nos diferentes genótipos da DF e a influência do método contraceptivo nas crises álgicas.

MATERIAIS E MÉTODO

Foi realizado estudo de corte transversal no período de setembro de 2015 a abril de 2016 com mulheres portadoras de DF, entre 14 e 45 anos de idade, cadastradas no Centro de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE), localizado no Nordeste do Brasil. A coleta foi realizada através de entrevista, com 158 mulheres portadoras de DF atendidas no HEMOPE durante o período do estudo, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto âncora, do qual o estudo

faz parte, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira sob o número 4060-14.

A entrevista constou de dados sociodemográficos, reprodutivos e clínicos relacionados à DF. Ao final da coleta, os dados foram digitados no programa de Excel.

Foram criadas tabelas de distribuição de frequência para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas. As características reprodutivas dos diferentes genótipos da DF foram comparadas utilizando o Teste ANOVA para comparação das médias e o Teste de Kruskal-Wallis para a comparação das medianas. Nos casos em que ANOVA foi significativa, a comparação entre pares de médias foi realizada por meio do teste de comparações múltiplas de Tukey. As análises estatísticas foram realizadas com *software* Stata 12.1.

A associação entre o método contraceptivo utilizado e a frequência das crises álgicas foi avaliada pelo teste de qui-quadrado. Em todos os testes considerou-se significância estatística quando p foi menor do 0.05.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 158 mulheres, de 14 a 47 anos de idade, com mediana de 26 anos, das quais 58,9% tinham entre 20 e 34 anos, 64,0% eram procedentes da Região Metropolitana do Recife (RMR) e 86,6% se declararam de cor parda ou negra. Apenas 1,2% não possuíam instrução e 59,5% tinham dez a doze anos de estudo; 51,3% das mulheres viviam sem companheiro; 36,7% eram

aposentadas e 25,3% não tinham ocupação; 54,4% referiam renda familiar mensal de até um salário mínimo (SM). (Tabela 1).

Em relação aos genótipos, 134 pacientes (84,8%) eram portadoras de AF, 12 pacientes (7,6%) tinham Doença SC e 12 pacientes (7,6 %) possuíam os outros genótipos da DF, dos quais 10 foram identificadas com S- β talassemia.

A média da idade do diagnóstico da DF foi 6,5 (\pm 7,4) anos. Houve diferença na média da idade do diagnóstico quando comparada a Doença SC (18,9 \pm 9,2 anos) aos outros dois grupos (p <0,001). Observou-se que a média de idade da menarca foi de 14,8 (\pm 1,8) anos para pacientes com AF, 12,7 (\pm 1,5) anos para as com doença SC e 13,7(\pm 2,0) anos para outros genótipos (p <0,001). Não houve diferença entre os grupos nas médias da idade da coitarca (p =0,119) e da primeira gestação (p =0,248). A mediana do número de gestações foi de 1 para AF e 2 para Doença SC e outros genótipos da DF (p =0,510). Entretanto, quando avaliado o número de filhos vivos, a mediana foi de 1 para todos os genótipos da DF (p =0,427) (Tabela 2).

A maioria das mulheres referira ter recebido aconselhamento reprodutivo (71,2%), entretanto 71,0% das pacientes que engravidaram não planejaram a primeira gestação.

Para avaliar a associação entre a frequência de crises álgicas com o método contraceptivo adotado pelas mulheres, foram incluídas apenas as portadoras de AF, por ser a forma mais grave da DF. Entre as mulheres portadoras de AF que faziam uso de anticoncepcional hormonal combinado, 60,0% tiveram mais de 4 episódios de crise álgica por ano. Já em relação as que usavam a progesterona isolada, apenas 16,6% tiveram mais de 4 episódios/ano.

Quanto às usuárias de métodos não hormonais, 50,7% tiveram mais de 4 episódios/ano. Apesar desse achado, não houve diferença estatística quando se comparou o uso da progesterona isolada com o método hormonal combinado ($p=0,072$) e aos métodos não-hormonais ($p=0,118$).

DISCUSSÃO

A maioria das mulheres do estudo era jovem, parda, com boa escolaridade e baixa renda familiar mensal. As mulheres portadoras de Doença SC tiveram diagnóstico mais tardio quando comparadas aos outros grupos da DF. Houve retardo na idade da menarca entre as mulheres portadoras de AF. As usuárias de progesterona isolada apresentaram menos episódio/ano de crise álgica em relação às usuárias dos outros métodos, entretanto, não houve diferença estatística.

A maioria da população estudada tinha entre 20-34 anos, divergindo dos achados de estudo anterior realizado em Minas Gerais no ano de 2014, onde a maioria da população estudada estava na faixa etária de infância e adolescência¹³. Isso pode ser justificado pelo fato de o ambulatório de hemoglobinopatias do HEMOPE não prestar assistência a crianças.

Os dados do estudo corroboram com os já existentes na literatura em relação a maior prevalência da DF em afrodescendentes, visto que grande maioria das mulheres se autodenominavam de raça/cor parda ou negra¹⁴. Entretanto, houve predomínio da cor parda em relação a cor negra, o que difere de outros dados nacionais, onde a prevalência da DF se dá predominantemente em pacientes que se autodenominam negros, seguidos de pardos e brancos^{13,14}.

Quanto à escolaridade a maioria das mulheres tinha 10 ou mais anos de estudo. Estes resultados se assemelham aos citados em pesquisa anterior que mostrou aumento relevante da escolaridade dessas mulheres ao longo dos anos, provavelmente pelos avanços na terapêutica, com consequente melhora na qualidade de vida ¹⁵.

Apesar do aumento na escolaridade, mais da metade das mulheres referiram renda familiar mensal de até 1 salário mínimo (SM). Dentre todas as mulheres estudadas, a maioria era aposentada ou sem ocupação. Estes dados concordam com outros estudos que mostram menor acesso à atividade laboral remunerada entre a população portadora de DF ^{4,16}. Esse achado pode ajudar na elaboração de política de atenção e cuidado voltado para esse segmento populacional, criando espaços no mercado de trabalho para as mulheres com a doença, adequando as suas possibilidades físicas e emocionais ³.

A média de idade do diagnóstico das pacientes atendidas no HEMOPE ainda foi alta (6,5 anos), possivelmente, pelo fato da pesquisa de hemoglobinopatias no Programa Nacional de Triagem Neonatal ter sido instituída apenas em 2001 ¹⁷, quando a grande maioria da amostra do estudo já havia nascido. Apesar disso quando avaliado por genótipo, o diagnóstico da AF ocorreu de forma mais precoce do que os outros genótipos da DF, com diferença estatística quando comparado às mulheres portadoras de Doença SC. Tal fato é de extrema importância, já que a AF apresenta pior prognóstico e necessita de intervenções precoces ¹⁴.

A média de idade da menarca foi de 14,8 anos para pacientes com AF, compatível com dados existentes na literatura ^{11,18,19}. O retardo na idade da

menarca pode ser relacionado com o déficit ponderal e atraso no desenvolvimento esquelético^{10,19,20}. Acredita-se que os fenômenos vaso-oclusivos possam dificultar o eixo de estimulação do hormônio do crescimento nessas mulheres¹⁰. Os fatores socioeconômicos parecem estar correlacionados com o atraso da menarca nas mulheres com AF, como foi visto em estudo realizado na Jamaica, em que mulheres mais pobres e com menor escolaridade menstruaram mais tarde que aquelas com melhor situação econômica e que estudaram por até 9 anos¹⁹. A AF mostrou-se relacionada com o retardo na idade da menarca quando comparada a Doença SC ($p < 0,001$). Tal fato foi semelhante ao encontrado por Serjant e cols em 2005 e pode ser justificado pelo fato de a Doença SC ter menos fenômenos vaso-oclusivos e menor interferência sistêmica^{7,9}.

Em relação à idade da coitarca não houve diferença estatisticamente significativa entre os genótipos de DF estudados ($p = 0,119$), fato semelhante ao encontrado na Jamaica em 2005, quando foi comparada a AF com a Doença SC⁹. O intervalo entre as médias da idade da menarca e a idade da coitarca foi de 4,9 anos para as pacientes portadoras de AF, 5,6 anos nas portadoras de Doença SC e 3,4 anos nas portadoras dos outros genótipos. Os dados referentes às portadoras de AF se assemelham aos encontrados por Alleyne e colaboradores, o qual foi superior ao encontrado entre controles não portadores de AF (13). O atraso no início da atividade sexual poderia ser justificado por: retardo na maturação sexual, limitações clínicas comuns às mulheres portadoras de AF que levam a maior número de internamentos e podem interferir na vida social destas mulheres¹⁹.

Apesar deste estudo ter encontrado diferença entre as médias da idade da primeira gestação em portadoras de AF e portadoras de Doença SC (22,2 anos) em relação às mulheres portadoras de outros genótipos (19,1 anos), não houve significância estatística ($p=0,06$), o que pode ser justificado pelo pequeno número de mulheres portadoras de outros genótipos da DF que engravidaram ($n=7$). A semelhança nas médias da idade da primeira gestação entre as mulheres portadoras de AF e Doença SC, também foi encontrada em estudo jamaicano em 2005⁹.

Em relação ao intervalo entre as médias das idades da primeira de gestação e da coitarca, observou-se que esse intervalo foi de 2,5 anos para as portadoras de AF, 4 anos para as portadoras de Doença SC e 2 anos para as portadoras dos outros genótipos da DF. O intervalo encontrado para as portadoras de AF é semelhante ao encontrado em estudo jamaicano, o qual evidenciou que a AF não influenciaria na fecundidade, quando comparada com controles não portadoras da AF¹⁹. Tal estudo não estudou os outros genótipos da DF.

Quando avaliado o número de gestações, as portadoras de AF apresentam mediana menor do que as portadoras de Doença SC e dos outros genótipos, entretanto não houve significância estatística ($p=0,119$), tal fato pode ser devido à pequena amostra dos outros genótipos da DF. Estudos relacionam a AF a um menor número de gestações devido a: início tardio da coitarca, diminuição da frequência sexual, receio de engravidar devido ao maior número de perdas gestacionais e aumento da morbimortalidade no período gravídico-puerperal^{8,14,19}.

Quanto ao número de filhos vivos, a mediana em mulheres com AF foi de 1, o que se assemelha a outro estudo realizado no Brasil, em que a maioria das pacientes com AF tinha apenas um filho vivo ¹⁸. Tal fato pode ser justificado pela alta morbimortalidade destas mulheres no ciclo gravídico-puerperal, com aumento da chance de prematuridade, baixo peso ao nascer, crescimento intrauterino restrito, doenças hipertensivas na gestação, morte intraútero, além de mortalidade neonatal ²¹. Em relação ao número de filhos vivos, não houve diferença entre os genótipos da DF, o que vai de encontro ao estudo realizado por Serjant e cols em que as pacientes portadoras de AF tinham menor número de filhos vivos, quando comparada às mulheres portadoras de Doença SC, tal discordância com a literatura pode ser devido ao fato da pequena amostra de mulheres portadoras de Doença SC⁹.

Chama atenção o fato de que grande parte das mulheres que engravidaram referiram não ter planejado a gestação, apesar de terem recebido aconselhamento genético, enfatizando os riscos gestacionais. A decisão final de usar um método contraceptivo é complexa e difícil de ser avaliada à luz de estudos quantitativos ^{22,23}. Além das questões individuais de cada mulher, a decisão de usar um método contraceptivo neste grupo sofre influência do fato de serem portadoras de uma condição médica complexa, onde não há evidências robustas quanto à segurança dos vários métodos contraceptivos ¹².

Em relação ao método contraceptivo, verificou-se que um quarto das mulheres estavam usando métodos hormonais combinados, um quarto preservativo e apenas 5% refeririam usar progesterona isolada. Os achados em

relação ao uso de anticoncepcionais combinados são superiores aos encontrados por Qureshi e colaboradores ²⁴.

No presente estudo, mulheres usuárias de progesterona isolada (83,4%) tiveram menos crise álgica no último ano quando comparadas com as usuárias de métodos hormonais combinados (40%), entretanto, não houve significância estatística ($p=0,09$). Tal achado pode ser consequência do fato de poucas mulheres deste estudo terem usado progesterona isolada (5%) e de que algumas mulheres podem não ter lembrado de forma precisa a frequência/número de suas crises (viés de memória).

Estudos têm demonstrado a associação entre o tipo de método contraceptivo usado pela portadora de DF com a frequência de crise álgica, estando os hormonais combinados ligados ao aumento do número dessas crises e a progesterona isolada, com a diminuição da frequência das crises ^{12,25}. Isto seria justificado pelo fato dos contraceptivos combinados influenciarem na estabilização da membrana das hemácias e facilitarem o fenômeno da falcização, enquanto a progesterona isolada, estabilizaria a membrana das hemácias ¹².

Neste estudo, as mulheres portadoras de AF (portadoras do genótipo SS) tiveram um retardo na idade da menarca quando comparado aos outros genótipos da DF. Apesar disso, não houve diminuição do número de gestações nem do número de filhos vivos, entre os diversos genótipos, o que torna importante a realização de estudos prospectivos para avaliar e comparar os diversos genótipos da DF e sua influência no perfil reprodutivo desse grupo de mulheres.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Ariani I Souza, Ana Laura C G Ferreira e Flávia Anchielle C Silva participaram de todas as etapas do manuscrito desde a sua concepção até a revisão final. Manuela F Hazin Costaparticipou da concepção, redação e revisão final do artigo. Ana Carolina P L Oliveira, Marina L Gonçalves Dias e Maria Luiza R P Gomes realizaram as etapas de coleta dos dados, redação do artigo e sua revisão final.

AGRADECIMENTOS

A realização do estudo só foi possível graças à colaboração de Dr. Aderson Silva Araújo, médico responsável pelo serviço de Hemoglobinopatias do Centro de Hematologia de Pernambuco (HEMOPE).

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuírem conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thame MM, Lewis J, Trotman H, et al. The Mechanisms of Low Birth Weight in Infants of. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;170(2):e686-93.
2. Galiza Neto GC De, Pitombeira MDS. Aspectos moleculares da anemia falciforme. *J Bras Patol e Med Lab.* 2003;39(1):51-56.
3. Ministério da Saúde do Brasil. *Doença Falciforme Atenção Integral À Saúde Das Mulheres.* Brasília; 2015.
4. Felix AA, Souza HM, Ribeiro SBF. Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2010;32(3):203-208.
5. Bhagat S, Patra PK, Thakur AS. Association between XmnI Polymorphism and HbF Level in Sickle Cell Disease Patients from Chhattisgarh. *Int J Biomed Sci www.ijbs.org.* 2012;8(1).
6. Nomura RMY, Igai AMK, Tosta K, Fonseca GHH Da, Gualandro SFM, Zugaib M. Resultados maternos e perinatais em gestações complicadas por

- doenças falciformes. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2010;32(8):405-411.
7. J. Clive Ellory. Haemoglobin C Promotes Distinct Membrane Properties in Heterozygous HbSC red Cells. *EBioMedicine.* 2015;2:1577.
 8. Rogers DT, Molokie R. Sickle cell disease in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2010;37(2):223-237.
 9. Serjeant GR, Hambleton I, Thame M. Fecundity and pregnancy outcome in a cohort with sickle cell-haemoglobin C disease followed from birth. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2005;112(9):1308-1314.
 10. Verissimo MPA. Crescimento e desenvolvimento nas doenças falciformes Growth and development in sickle cell disease. *Verissimo MPA Rev bras hematol hemoter.* 2007;29(3):271-274.
 11. Balgir RS. Age at menarche and first conception in sickle cell hemoglobinopathy. *Indian Pediatr.* 1994;31(7):827-832.
 12. Haddad LB, Curtis KM, Legardy-williams JK, Cwiak C, Jamieson DJ. Contraception for individuals with sickle cell disease : a systematic review of the literature ☆. *Contraception.* 2012;85(6):527-537. doi:008.
 13. Lopes TO, Caroline A, Amorim M, Sidney M, Fraga G. Prevalência de casos de anemia falciforme, no ano de 2014, registrados na secretaria municipal de saúde de paracatu-mg. 2014.
 14. Anvisa. *Manual de Diagnóstico E Tratamento de Doenças Falciformes.* Vol 1.; 2002.
 15. de Paiva e Silva RB, Ramalho AS, Cassorla RM. A anemia falciforme como problema de Saúde Pública no Brasil The sickle cell disease as a Public Health problem in Brazil. *Rev Saude Publica.* 1993;27:54-58.
 16. Cordeiro RC, Ferreira SL. Racial and gender discourses in black women with sickle cell anemia Racial and gender discrimination on the discourses of. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13:352-358.
 17. Ministério da Saúde do Brasil. *TRIAGEM NEONATAL TRIAGEM NEONATAL Manual de Normas Técnicas E Rotinas Operacionais Do*

Programa Nacional de Triagem Neonatal. 1ª. Brasília; 2002.

18. Côbo V de A et al. Sexuality and sickle cell anemia. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2013;35(2):89-93.
19. Alleyne SI, Rauseo RD, Serjeant GR. Sexual development and fertility of Jamaican female patients with homozygous sickle cell disease. *Arch Intern Med*. 1981;141(10):1295-1297.
20. Serjeant GR, Singhal A, Hambleton IR. Sickle cell disease and age at menarche in Jamaican girls: observations from a cohort study. *Arch Dis Child*. 2001;85(5):375-378.
21. Zanette AMD. Gravidez e contracepção na doença falciforme Pregnancy and contraception in sickle cell disease. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2007;29(3):309-312.
22. Dehlendorf C, Levy K, Kelley A, Grumbach K, Steinauer J. Women's Preferences for Contraceptive Counseling and Decision Making. *Contraception*. 2013;88:250-256.
23. Upadhyay UD, Brown BA, Sokoloff A, Raine TR. Contraceptive discontinuation and repeat unintended pregnancy within 1 year after an abortion. doi:10.1016/j.contraception.2011.05.009.
24. Qureshi AI, Malik AA, Adil MM, Suri MFK. Oral contraceptive use and incident stroke in women with sickle cell disease. *Thromb Res*. 2015;136(2):315-318.
25. Abood M de, Castillo Z de, Guerrero F, Espino j-M, Austin KL. Effect of Depo-Provera or Microgynon on the Painful Crises of Sickle Cell Anemia Patients. *Contraception*. 1997;56:313-316.

Tabela 1- Perfil sociodemográfico de mulheres portadoras de Doença Falciforme atendidas em um Centro de Hematologia da cidade do Recife

Variáveis	N=158	%
Idade atual (anos)		
≤19	23	14,5
20-34	93	58,9
≥ 35	42	26,6
Procedência		
Recife	50	31,6
Demais cidades da RMR*	51	32,3
Interior do Estado	57	36,1
Cor/ raça		
Parda	99	62,6
Preta/negra	38	24,0
Branca	17	10,8
Indígena	02	1,3
Sem informação	02	1,3
Escolaridade		
Sem instrução	02	1,2
1 a 4 anos	09	5,7
5 a 9 anos	39	24,7
10 a 12 anos	94	59,5
>12 anos	14	8,9
Situação conjugal		
Com parceiro	77	48,7
Sem parceiro	81	51,3
Ocupação		
Sem ocupação/ Do lar	40	25,3
Autônoma/outra	27	17,1
Estudante	33	20,9
Aposentada	58	36,7
Renda familiar		
≤1SM	86	54,4
1 até 2SM	36	22,8
>2SM	29	18,4
Sem informação	7	4,4

*RMR= Região Metropolitana do Recife

Tabela 2- Associação entre os genótipos da doença falciforme e perfil reprodutivo em mulheres atendidas no HEMOPE, Recife, 2016.

Variáveis	Todos os genótipos (n=158)	Anemia Falciforme (n=134)	Doença SC (n=12)	Outros genótipos (n=12)	Valor de p
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
Idade do diagnóstico	6,5 (7,4)	5,5 (6,2)	18,9 (9,2) ^a	5,2 (6,8)	<0,001*
Idade da menarca	14,5 (1,9)	14,8 (1,8) ^b	12,7 (1,5) ^b	13,7 (2,0)	<0,001*
Idade da coitarca	19,4 (4,2)	19,7 (4,4)	18,3 (2,6)	17,1 (2,2)	0,119*
Idade da 1 ^a gestação	22,0 (4,7)	22,2 (4,7)	22,3 (4,7)	19,1 (3,1)	0,248*
	Mediana (IIQ)	Mediana (IIQ)	Mediana (IIQ)	Mediana (IIQ)	
Número de gestações	1 (1-2)	1 (1-2)	2 (1-2)	2 (1-2)	0,510**
Número de filhos vivos	1 (1-2)	1 (1-1,5)	1 (1-1,5)	1 (1-2)	0,427**

* Teste ANOVA –para comparar as médias dos grupos Anemia Falciforme, Doença Falciforme e Outros genótipos.

** Teste de Kruskal-Wallis- para comparar as medianas dos grupos Anemia Falciforme, Doença Falciforme e Outros genótipos.

a-Houve diferença deste grupo em relação aos outros 2 (Teste de Tukey).

b- A diferença ocorreu apenas entre esses dois grupos (Teste de Tukey).

Tabela 3- Associação entre o tipo de método contraceptivo e a frequência de crises álgicas em 108 mulheres com Anemia Falciforme

Método contraceptivo atual	Frequência de crise álgica no ano ¹				p*
	Até 3 episódios/ano		Mais de 4 episódios/ano		
	N	%	N	%	
Hormonal com progesterona isolada (n=6)	5	83,4	1	16,6	0,093
Hormonal combinado (n=35)	10	40,0	15	60,0	0,072
Métodos não hormonais (n=73)	36	49,3	37	50,7	0,118
Total	51	49,0	53	51,0	

¹Em 4 formulários não foram mensuradas a frequência das crises.

*Usado o Teste de Fisher