



Faculdade Pernambucana de Saúde
Instituto de Medicina Integral Prof.Fernando Figueira – IMIP

Medidas de controle da dor em mulheres com doença falciforme atendidas em um ambulatório de ginecologia de um serviço de saúde em Recife: um estudo de corte transversal

Autores:

Mário Flávio Cordeiro Soares de Farias – Trabalho de conclusão de curso (TCC) do curso de Medicina da FPS.

Rafael Vinicius Souza Barbosa da Silva – TCC do curso de Medicina da FPS.

Cecília Inojosa de Andrade Lira – TCC do curso de Medicina da FPS.

Orientadora: Ariani Impieri de Souza

Coorientadoras: Manuela Hazin-Costa e Rebeca Gonelli

Resumo

Objetivos: Avaliar as características e o manejo da dor em mulheres com doença falciforme (DF) atendidas em um ambulatório de ginecologia de um serviço de saúde em Recife.

Métodos: Foi realizado um estudo observacional do tipo corte transversal no ambulatório de atenção à mulher com DF, no centro de atenção à mulher do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CAM-IMIP) no período de dezembro de 2022 a setembro de 2023. A amostra de 62 mulheres foi de conveniência e sequencial. Foram avaliadas variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, raça/cor, estado civil, trabalho, número de gestações e uso de método contraceptivo) e clínicas (frequência, localização e intensidade das crises álgicas, manejo da dor, medicação para controle da dor, necessidade de tratamento, acesso à medicação e necessidade de atendimento ou internamento hospitalar pela dor). Os dados foram digitados em planilhas Excel® e analisados no programa Stata 12.1. Foram elaboradas tabelas de distribuição de frequência e de associação entre variáveis. Adotou-se o nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram analisadas 62 mulheres com DF, das quais, 55(88,7%) com crise de dor nos últimos 6 meses. A média de idade foi de 36,1 anos, a maioria era solteira (58,1%), não exercia atividade remunerada (80,6%), da raça/cor parda ou preta (91,8%) e já tinham tido filhos (83,9%). Dentre as 55 (88,7%) que referiram crises álgicas nos últimos 6 meses, a maior proporção foi de crises mensais (33,9%), principalmente nas articulações de forma generalizadas (40%) e de moderada (23,6%) a forte intensidade (74,6%). A medicação de primeira escolha para as crises de dor foi o analgésico simples (59,7%) e a mais resolutiva foi o anti-inflamatório não hormonal associado ao opióide (59,7%). Não houve associação entre a intensidade da dor e a medicação utilizada para a crise de dor ($p=0,783$). **Conclusão:** Este estudo mostra a complexidade da dor em mulheres afetadas pela doença falciforme, sublinhando a necessidade de uma abordagem de tratamento personalizada e individualizada.

Palavras-chave: Doença Falciforme, Crise de dor, Mulher, Ginecologia.

Introdução

A doença falciforme (DF) é a doença hematológica genética mais prevalente no Brasil e estima-se que a prevalência varie de 60.000 a 100.000 casos.^{1,2} Tal condição engloba um grupo de anemias hemolíticas hereditárias que têm em comum a presença de hemoglobina S dentro da hemácia, podendo ser herdada com homozigose ou combinação com outros defeitos na hemoglobina.³ Populações afrodescendentes possuem uma maior frequência de alelos para DF, de modo que regiões com maior imigração africana têm uma maior prevalência dessa doença, como no nordeste brasileiro. É importante destacar que devido a intensa miscigenação do país, a doença também pode ser observada em pessoas de outras origens étnicas.^{4,5}

A hemoglobina S sofre deformações na sua membrana quando desoxigenada, adquirindo o formato de “foice”, processo chamado de falcização, que por sua vez é o responsável pelas manifestações clínicas da DF. Após a contínua repetição desse processo de afoçamento na microcirculação, a célula pode perder a capacidade de tornar-se discoide bicôncavo novamente, a qual acaba por se romper, levando a hemólise intravascular e ocasionando anemia hemolítica crônica, geralmente com severas consequências.³

Entre as principais consequências da DF se destaca a dor, que foi definida pela Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões”.⁶ É um fenômeno complexo composto por componentes sensitivos, afetivos, cognitivos e comportamentais. Pacientes com DF, em geral, podem sofrer de crises dor intensa desde o início da vida, com variação ao longo do tempo em relação a sua frequência e intensidade.^{7,8}

As crises álgicas da DF resultam de um processo de vaso-oclusão da microcirculação por hemácias falcizadas, o que gera dano tecidual isquêmico e, conseqüentemente, dor. A dor característica é intensa e pode acometer qualquer local do corpo, sendo mais comum em ossos longos, articulações e no abdome. Entre os fatores desencadeantes das crises dolorosas se destacam o frio, traumas, esforço físico, desidratação e infecções.⁸ Além disso, em mulheres, as crises de dor podem estar associadas ao período menstrual, sendo atenuadas, em alguns casos, com o uso de contraceptivos de uso contínuo para induzir amenorreia.⁹

Classificar o tipo de dor é importante e crucial no manejo clínico das pacientes com DF. A dor pode ser classificada principalmente quanto à fisiopatologia (nociceptiva, neuropática, nociplástica ou mista), quanto ao tempo (aguda ou crônica) e quanto à anatomia (somática ou visceral). As síndromes dolorosas crônicas, correlacionam-se com piora

importante da qualidade de vida dessas pacientes e com limitação mecânica. As crises agudas vaso-oclusivas, por sua vez, são as responsáveis pela maioria dos atendimentos e internações destes pacientes, principalmente nas mulheres, tornando necessário maior entendimento sobre a analgesia específica.^{10,12}

O manejo das crises dolorosas agudas, na DF se baseia principalmente no uso de analgésicos e opioides, escolhidos de acordo com a intensidade da dor, a qual é avaliada, em geral, por escalas de dor (analógica, numérica) e/ou descritores verbais. Para o controle da dor, a OMS propõe a utilização de analgésicos em uma escada, que engloba o uso de analgésicos simples, AINEs (anti-inflamatório não esteroidais), opioides fracos e opioides fortes.¹² Outras medidas podem ser adotadas para auxiliar o controle da dor na DF, como hidratação oral ou endovenosa dependendo da gravidade do quadro.⁸

Entre as medicações de uso contínuo usadas por pacientes com DF, a hidroxiureia se destaca como a primeira medicação que comprovadamente previne complicações da doença falciforme e é indicada principalmente para pacientes falciformes com dores que interferem as atividades cotidianas. Tal medicação possui impacto positivo na sobrevida das pessoas com DF, pois atua elevando os níveis de hemoglobina fetal e conseqüentemente gera redução de crises vaso-oclusivas, de hospitalização e de internação.^{8,11}

Este estudo teve como objetivo avaliar as características da dor e o manejo para controle de dor utilizado por mulheres com DF atendidas em um ambulatório de ginecologia de um serviço de saúde, em Recife.

Métodos

Foi realizado um estudo observacional do tipo corte transversal no ambulatório de ginecologia para atenção à mulher com DF, no centro de atenção à mulher do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – CAM-IMIP, no período de dezembro de 2022 a setembro de 2023, com coleta entre janeiro e agosto de 2023. A amostra foi de conveniência e sequencial composta por mulheres atendidas no ambulatório de ginecologia do CAM-IMIP no período previsto. Como critério de inclusão foi considerado mulheres com 18 anos ou mais cadastrada no referido ambulatório. Foram excluídas mulheres que estivessem grávidas no momento da entrevista. As mulheres foram selecionadas na sala de espera do ambulatório no dia do atendimento ginecológico. Para não haver prejuízo no tamanho amostral em virtude do tempo previsto para a coleta, uma parte da coleta foi realizada por telefone.

Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, se atividade

remunerada, raça/cor, número de gestação. Uso de métodos contraceptivos, presença de crise algica, frequência de crise algica e no último semestre, intensidade da dor da última crise (medido pela escala numérica da dor), uso de medicação, procedimento para tratar a dor, tipo de medicação utilizada para controle da dor, necessidade de hospitalização para tratar a dor. Os dados coletados nos formulários e digitados em planilhas Excel para Windows® foram analisados no programa Stata 12.1. A análise estatística foi realizada em duas etapas: inicialmente, uma análise descritiva, para caracterizar a distribuição da ocorrência dos eventos, seguida de uma análise entre variáveis, utilizando os testes de qui-quadrado, considerando-se uma significância estatística quando $p < 0,05$. As variáveis numéricas foram descritas sob a forma de médias e desvio-padrão. O estudo seguiu as recomendações da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do IMIP (CAAE:64352722.4.0000.5201) em 25 de novembro de 2022. Todas as participantes concordaram em participar da pesquisa e aceitaram/assinaram o TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido). Os pesquisadores declaram ausência de conflito de interesses.

Resultados

Foram entrevistadas 62 pacientes com DF atendidas no ambulatório de ginecologia do IMIP. A idade das mulheres variou de 19 a 55 anos com média de 33,5 (DP=9,5) anos e mediana de 32,5 anos. A maioria se declarou solteira (58,1%), havia concluído o ensino médio (53,2%) e, apenas uma pequena parcela exercia atividade remunerada (19,4%). Quanto à autodeclaração racial, a maioria se identificou como negra (91,9%), sendo 35,5% pretas e 56,4% pardas. Observou-se ainda que a maior parte já havia gestado (83,9%) e, dentre essas que tiveram gestações, 90,4% com filhos vivos. Observou-se grande proporção de mulheres sem usar métodos contraceptivos (30,6%) e entre os métodos utilizados, 22,6% referiu ter feito ligadura tubária e 16,1% colocado DIU (dispositivo intrauterino). Contracepção hormonal foi referido por uma parcela menor desta amostra: 12 mulheres (19,4%) utilizavam anticoncepcional hormonal oral ou injetável. (TABELA 1)

Quanto às características clínicas das entrevistadas, foi observado que todas as pacientes referiram ter crises algicas com maior (semanal, 16,1%) ou menor (ocasional, 8,1%) frequência, porém 55 das 62 mulheres (88,7%) relatou ter vivenciado pelo menos uma crise algica nos últimos 6 meses. As localizações de dor mais frequentemente mencionadas por 27 mulheres (49,0%), incluem os membros superiores, inferiores ou ambos, seguida por dores articulares generalizadas (40,0%). Quanto a intensidade da dor, a maioria das entrevistadas a

classificou como forte (74,6%) que na escala analógica da dor se refere à intensidade 7 a 10. (TABELA 2).

A maioria das mulheres desta amostra fazia medicações de uso contínuo (87,1%). As medicações de uso contínuo mais utilizadas, de forma isolada ou em conjunto com outras medicações, foram a hidroxiureia (62,9%) e o ácido fólico (56,4%). Diversas outras classes de medicações sem relação com o controle da dor na DF foram referidas como, anti-hipertensivos, antidepressivos, entre outras. Constatou-se que 80,6% não referiu dificuldade para obter a medicação e entre as medicações de primeira escolha usadas pelas pacientes no controle das crises álgicas as mais referidas foram os analgésicos comuns (59,7%), principalmente dipirona e paracetamol, e analgésico com opioide (24,2%), nesse caso o mais referido foi o tylex[®], cuja sua composição contém paracetamol e fosfato de codeína. Entre as medicações mais utilizadas, ou seja, preferível para o controle da crise álgica, o uso dos analgésicos com opioide foi referido por 38,7% das pacientes, o uso dos analgésicos comuns foi referido por 30,7%, e o uso de opióides como tramadol e morfina, por 24,2%. (TABELA 3)

Não foi observada associação entre a intensidade da dor e o tipo de medicação utilizada para a dor ($p=0,157$) Porém foi identificado uma alta proporção de analgésico com opióide fraco entre as mulheres com dor moderada (61,5%), e apenas 1 paciente desta categoria usou opióide forte. Por sua vez, na dor de forte intensidade a medicação mais utilizada foi o analgésico com opióide fraco (36,6%). (TABELA 4)

Foi investigado se a intensidade da última dor estaria associada à algumas características da amostra estudada. Não foi observada associação com idade ($p=0,393$), raça/cor ($p=0,594$), tipo de método contraceptivo ($p=0,366$) e frequência das crises ($p=1,00$). Apenas ter tido gestado esteve associado à intensidade das crises ($p=0,032$). (TABELA 5)

Discussão

Esse estudo constatou que a maior parte das pacientes com doença falciforme atendidas no ambulatório de ginecologia do IMIP é composto por mulheres com idade predominante de 19 a 35 anos, autodeclaradas negras e solteiras. Esses dados convergem diretamente com a epidemiologia conhecida da doença e com outro estudo que focou em analisar a distribuição das características sociodemográficas e reprodutivas das pacientes dessas pacientes atendidas no ambulatório do IMIP em 2015.^{8,13} As amostras reduzidas de pacientes com mais de 36 anos estão alinhadas com a literatura, que estima uma expectativa de vida média dessas pacientes de 48 anos.⁸ Essa baixa expectativa de vida resulta das complicações enfrentadas por essas pacientes ao longo de suas vidas.⁸ Em comparação com o

estudo citado, foi percebido que não houve variação significativa nas variáveis de escolaridade e estado civil.

No que diz respeito às características reprodutivas, a maioria das pacientes havia tido gestação anterior, e a grande maioria das que tiveram gestações ainda tinha filhos vivos que se assemelha a outro estudo realizado em território brasileiro, onde a maioria das pacientes com DF tinha apenas um filho vivo.¹⁴ Apesar disso, há uma elevada morbimortalidade destas pacientes no ciclo gravídico-puerperal, com acrescida chance de prematuridade, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino, doenças hipertensivas na gestação, morte intraútero, além de mortalidade neonatal.¹⁵ A idade média do primeiro parto foi relatada, mostrando que as mulheres com DF começaram a ter filhos em uma faixa etária relativamente jovem. Embora 1/3 das pacientes estavam sem usar métodos, a maioria fazia contracepção, sendo a ligadura tubária e o DIU os métodos mais preferidos, e apenas um pequeno número de pacientes faziam uso de contracepção hormonal, sendo 6,5% de anticoncepcional oral, valor inferior ao encontrado por Qureshi.¹⁶

As medicações de uso contínuo mais referidas foram a hidroxiureia e o ácido fólico. A primeira é amplamente recomendada para tratamento da DF no controle da frequência de crises.⁸ A HU já teve sua eficácia provada por diversas vezes em estudos duplo-cego randomizados, e, portanto, têm um benefício comprovado na diminuição das frequências das crises, internação e mortalidade.¹⁷ Quanto à intensidade da dor, os maiores estudos e mais utilizados nas justificativas do uso da HU, inclusive um que acompanhou mais de 200 pacientes por 9 anos, não contemplavam a intensidade da dor, mas reafirmaram a eficácia no controle das crises álgicas^{6,18,19}. Vale ressaltar que a terapia com HU, seja segura e amplamente constatada por diversos estudos, têm riscos, como o potencial carcinogênico e por isto deve ser interrompida durante a gestação.¹⁸ No nosso estudo não incluímos mulheres gestantes.

Já quanto ao uso do ácido fólico, existe uma ampla recomendação de seu uso profilático, como uma prevenção à uma sobreposição da anemia megaloblástica.⁸ Todavia, há uma limitação de estudos que atestem benefícios do uso dessa terapia em pacientes adultos com doença falciforme e não gestante.¹⁸ As limitações metodológicas do nosso estudo não permitem atestar se as pacientes que usam o ácido fólico tinham algum grau de carência dessa vitamina ou se fazem uso, apenas, profilático. As outras medicações de uso contínuo referidas não parecem ter importância clínica para o controle das crises álgicas e contam com uma amostra pouco significativa, situação que impede uma análise eficaz de suas possíveis interferências no quadro clínico.

As medicações de uso nas crises algicas, foram divididas em primeira medicação utilizada no início das crises e qual foi a medicação que resolveu a última crise. Foi percebido que a maioria utiliza no início das dores analgésicos comuns, mas parcela importante já começa utilizando analgésicos com opioides. A utilização dos opioides também é muito importante no controle das dores, tendo uma boa resposta no controle das crises, mas deve ser utilizada em caso em que os analgésicos comuns não conseguem um controle adequado das dores.⁸ Neste estudo não observamos associação entre a intensidade da dor com a medicação utilizada para seu controle. A grande porção que utiliza medicações com opioides como primeira escolha associada à média global de crises pode indicar um uso abusivo dessa classe de medicação.²¹ Foi necessário o uso de opioides, combinado ou não com outras medicações, e ir à algum serviço de saúde na maior parte das pacientes para controle efetivo da dor na última crise, situação justificada pela intensidade da dor utilizando a EVN, em que na maior parte foi considerada com forte. Portanto, nesse aspecto, uso de opioides, nas crises com dores consideradas fortes é completamente recomendado.²¹ A maior parte não referiu qualquer dificuldade em conseguir as medicações, indicando um eficaz funcionamento da rede de saúde para esta parcela da população.⁸

Foi observado que a grande maioria das pacientes relata dores classificadas como forte, além da frequência significativa de pacientes que relatam crises mensais, muito mais elevada que 0,8 crises por ano de outro estudo.¹⁹ Tal fato pode ter correlação com o acompanhamento contínuo dos pacientes no referido estudo, entendendo como era a qualidade de vida deles antes e durante o estudo, além da educação dos pacientes para identificação de uma crise e a limitação do estudo em diferenciar algias cotidianas de crises de dor.

No geral, esse estudo contribuiu para uma compreensão mais abrangente das características das pacientes com doença falciforme atendidas no ambulatório de ginecologia do IMIP, incluindo aspectos demográficos, reprodutivos, uso de medicações e manejo da dor. Suas descobertas têm o potencial de informar estratégias de tratamento e cuidados mais eficazes para essa população.

Quanto às limitações do estudo, a coleta de formulários de maneira presencial se mostrou pouco efetiva, uma vez que nem todas as semanas havia pacientes aptas ao estudo e o ambulatório em questão teve férias durante o período de pesquisa, reduzindo ainda mais a coleta. Ao optar pela coleta mista, presencial e por telefone, foi possível aumentar o número de fichas coletadas. Nessa modalidade remota, a pesquisa encontrou dificuldades para contactar muitas pacientes, seja por desatualização no banco de dados ou ausência de resposta

aos contatos, fator que pode tornar o corte mais enviesado.

Os resultados deste estudo ressaltam a complexidade da dor em mulheres afetadas pela doença falciforme, sublinhando a necessidade de uma abordagem de tratamento personalizada e precisa. Além disso, enfatizam a importância de levar em conta fatores como idade, condições sociodemográficas, história reprodutiva e estado clínico ao lidar com a gestão da dor.

As conclusões deste estudo têm o potencial de orientar a criação de estratégias mais eficazes e específicas para controlar a dor em mulheres que vivem com a DF com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e minimizar o impacto negativo da dor em sua saúde e bem-estar da população com DF.

Referências bibliográficas

1. Ramos, EMB; Ramos, PRB; Carvalho, MHP; Silva DM; Freitas-Dutra Junior, PH. Portadores da doença falciforme: reflexos da história da população negra no acesso à saúde. - **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, Rio de Janeiro**, 2020. [Acesso em: 27 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43715>.
2. Cançado, RD; Jesus, JA. Doença falciforme no Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia** [online]. 2007, v. 29, n. 3 [Acesso em: 27 Abril 2022] , pp. 204-206. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-84842007000300002>>. Epub 04 Jan 2008. ISSN 1806-0870. <https://doi.org/10.1590/S1516-84842007000300002>.
3. Zago, MAP; AC. Fisiopatologia das doenças falciformes: da mutação genética à insuficiência de múltiplos órgãos. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia** [online]. 2007, v. 29, n. 3 [Acesso em: 30 Abril 2022] , pp. 207-214. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-84842007000300003>>. Epub 04 Jan 2008. ISSN 1806-0870. <https://doi.org/10.1590/S1516-84842007000300003>.
4. Machado, Â; *et al.* Anemia falciforme: Aspectos clínicos e epidemiológicos. **XXIII seminário interinstitucional de ensino, pesquisa e extensão da UNICRUZ**, [s. l.], 23 out. 2018. [Acesso em: 29 abr. 2022]. Disponível em: <https://home.unicruz.edu.br/seminario/anais/anais-2018/XXIII%20SEMINARIO%20INTERINSTITUCIONAL/Ciencias%20Biologicas%20e%20da%20Saude/Mostra%20de%20Iniciacao%20Cientifica%20%20TRABALHO%20COMPLETO/ANEMIA%20FALCIFORME%20SPECTOS%20CL%3%8DNICOS%20E%20EPIDEMIOLOGICOS.pdf>.
5. Felix, AA; Souza, HM; Ribeiro, SBF. Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. 2010, v. 32, n. 3 [Acesso em: 29 Abril 2022], pp. 203-208. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-84842010005000072>>. Epub 25 Jun 2010. ISSN 1806-0870. <https://doi.org/10.1590/S1516-84842010005000072>.

6. DESANTANA, J. M. et al. Definition of pain revised after four decades. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 3, n. 3, 2020. [Acesso em: 29 Abril 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/GXc3ZBDRc78PGktrfs3jgFR/?lang=pt>

7. Zago, MA; PINTO, ACS. Fisiopatologia das doenças falciformes: da mutação genética à insuficiência de múltiplos órgãos. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 29, n. 3, p. 207–214, 1 set. 2007. [Acesso em: 28 abr. 2022].

DOI: 10.1590/S1516-84842007000300003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1516-84842007000300003&script=sci_arttext&tlng=pt

8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Doença falciforme: condutas básicas para tratamento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012. 64 p.: il. ISBN 978-85-334-1932-2. [Acesso em: 28 abr. 2022].

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_condutas_basicas.pdf

9. Yoong; W. et al. Menstrual pattern in women with sickle cell anaemia and its association with sickling crises. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, [s. l.], 22 jul. 2002. [Acesso em:

em: 28 abr. 2022]. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443610220141362>.

10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de Eventos Agudos Em Doença Falciforme. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2009, 50 p.: il. ISBN 978-85-334-1621-5. [Acesso em: 30 abr. 2022].

Disponível

em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_eventos_agudos_doenca_falciforme.pdf

11. Lobo, C.; Marra, VN; Silva, RMG. Crises dolorosas na doença falciforme. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 29, n. 3, set. 2007. [Acesso em: 29 abr. 2022].

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhh/a/hNzT595wdJwVKWVqgfFrcZD/>

12. Brandow AM. et al. American Society of Hematology 2020 guidelines for sickle cell disease: management of acute and chronic pain. **Blood Advances**, v. 4, n. 12, p. 2656–2701, 19 jun. 2020. [Acesso em: 30 abr. 2022]. <https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2020001851>. Disponível em: <https://ashpublications.org/bloodadvances/article/4/12/2656/460974/American-Society-of-Hematology-2020-guidelines-for#:~:text=For%20adults%20and%20children%20with,to%20optimize%20pain%20control%20>
13. Souza. AI, Costa MFH, Silva. F AC, Neto, SS; et al. Perfil sociodemográfico e reprodutivo de mulheres portadoras de doença falciforme na cidade do Recife: um estudo corte transversal. 2015. – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2015. [Acesso em: 30 abr. 2022]. Disponível em: http://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/506/1/Artigo%20PIBIC_Simone%20da%20Silva%20Neto.pdf
14. Côbo, V de A; et al. Sexuality and sickle cell anemia. **Revista Brasileira Hematologia Hemoterapia**. 2013; 35(2):89-93. [Acesso em: 29 abr. 2022]. <https://doi.org/10.5581/1516-8484.20130027>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhh/a/XnRVGTR86zJvbhy9pKBXnhw/abstract/?lang=en>
15. Zanette, AMD. Gravidez e contracepção na doença falciforme Pregnancy and contraception in sickle cell disease. **Revista Brasileira Hematologia Hemoterapia**. Set. 2007; 29(3):309-312. <https://doi.org/10.1590/S1516-84842007000300023>. [Acesso em: 30 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhh/a/KQPgGFgVW4SbxjSLqsbWwdL/abstract/?lang=pt>
16. Qureshi, AI, Malik AA, Adil MM, Suri MFK. Oral contraceptive use and incident stroke in women with sickle cell disease. **Thrombosis Research**, v. 136, n,2, p. 315-318, agos. 2015. doi: 10.1016/j.thromres.2015.04.013. Epub 2015 Apr 14. [Acesso em: 02 mai. 2022]. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2015.04.013>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049384815001681?via%3Dihub>
17. Yang, M; Elmuti L; Badawy SM. Health-Related Quality of Life and Adherence to

Hydroxyurea and Other Disease-Modifying Therapies among Individuals with Sickle Cell Disease: A Systematic Review. **Biomed Research International**, v. 2022, p. 1-8 Jul 2022. doi: 10.1155/2022/2122056. [Acesso em: 02 mai. 2022]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9313963/>

18. Steinberg MH, Barton F, Castro O, et al. Effect of Hydroxyurea on Mortality and Morbidity in Adult Sickle Cell Anemia: Risks and Benefits Up to 9 Years of Treatment. **JAMA**, v.289, n. 13, p. 645–1651, 2 abr. 2003. [Acesso em: 02 mai. 2022]. doi:10.1001/jama.289.13.1645. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/196300>

19. Ballas SK, Barton FB, Waclawiw MA, Swerdlow P, Eckman JR, Pegelow CH, Koshy M, Barton BA, Bonds DR. Hydroxyurea and sickle cell anemia: effect on quality of life. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.4, n. 1., 2006 Aug 31. [Acesso em: 02 mai. 2022]. doi: 10.1186/1477-7525-4-59. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1569824/>

20. Dixit R, Nettem S, Madan SS, Soe HHK, Abas AB, Vance LD, Stover PJ. Folate supplementation in people with sickle cell disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018 Mar 16;3(3):CD011130. [Acesso em: 02 mai. 2022]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011130.pub3>. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011130.pub3/full>

21. Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doença Falciformes. – Brasília (DF): ANVISA, 2002. 142p. ISBN 85-88233-04-5. [Acesso em: 02 mai. 2022]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anvisa/diagnostico.pdf>

Tabela 1 - Características sociodemográficas e reprodutivas das pacientes com Doença Falciforme atendidas no ambulatório de ginecologia do IMIP, de janeiro a agosto de 2023.

Variáveis	N= 62	%
Idade (em anos)		
Média: 33,5 (DP=9,5); MD=32,5		
18 a 25	18	29,0
26 a 35	22	35,5
36 a 45	13	21,0
46 a 55	9	14,5
Estado civil		
Casada ou em união estável	26	41,9
Solteira	36	58,1
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	9	14,5
Ensino fundamental completo	14	22,6
Ensino médio completo	33	53,2
Ensino superior	6	9,7
Exerce atividade remunerada		
Sim	12	19,4
Não	50	80,6
Cor autodeclarada da pele		
Branca	5	8,2
Parda	35	56,4
Preta	22	35,4
Número de gestações*		
Nulípara	10	16,1
1	22	35,5
2	15	24,2
≥ 3	15	24,2
Uso de método contraceptivo		
Nenhum/coito interrompido	19	30,6
Apenas preservativo	6	9,7
Anticoncepcional oral	4	6,5
Anticoncepcional injetável	8	12,9
DIU	10	16,1
Ligadura tubária	14	22,6
Parceiro com vasectomia	1	1,6

* Destas 90,4% com filhos vivos no momento da entrevista e com media de idade de 23,4 anos (DP=4,8) no primeiro parto e Mediana (MD=23).

Tabela 2 - Características clínicas, frequência e intensidade dos episódios de crise algica das pacientes com Doença Falciforme atendidas no ambulatório de ginecologia do IMIP, de janeiro a agosto de 2023.

Variáveis	N	%
Frequência das crises algicas (n=62)		
Semanal	10	16,1
Mensal	21	33,9
Semestral	11	17,7
Anual	15	24,2
Ocasionalmente (menos que 1 vez ao ano)	5	8,1
Local de manejo da última crise algica (n=62)		
Domicílio	26	42,0
Posto de saúde	2	3,2
Emergência	34	54,8
Episódios de crise de dor nos últimos 6 meses (n=62)		
Sim	55	88,7
Não	7	11,3
Local da dor na última crise (n=55)		
Dores articulares generalizadas	22	40,0
Membros superiores e inferiores	11	20,0
Membros superiores	2	3,5
Membros inferiores	8	14,5
Tronco e Membros inferiores	6	11,0
Tronco	6	11,0
Intensidade da dor na última crise*(n=55)		
Leve (1-3)	1	1,8
Moderada (4 – 6)	13	23,6
Forte (7 – 10)	41	74,6

* Foi utilizada a escala analógica da dor e variou de 3 a 10

Tabela 3—Medidas utilizadas para o controle dos episódios de crise álgica das pacientes com Doença Falciforme atendidas no ambulatório de ginecologia do IMIP, de janeiro a agosto de 2023.

Variáveis	N= 62	%
Faz medicação de uso contínuo		
Sim	54	87,1
Não	8	12,9
Dificuldade no acesso à medicação para a crise álgica		
Sim	50	80,6
Não	12	19,4
Medicações de uso contínuo utilizadas (n)*		
Hidroxiureia	39	62,9
Ácido fólico	35	56,4
Anti-hipertensivos	6	9,7
Antidepressivos	4	6,4
Outras medicações	12	19,3
Primeira medicação utilizada na crise		
Analgésico comum	37	59,7
AINEs	3	4,8
Opióide	7	11,3
Anti-inflamatório com opioide	15	24,2
Medicação mais utilizada para melhora da dor		
Analgésico e opioide	24	38,7
Analgésico comum	19	30,7
Opioide	15	24,2
AINEs	3	4,8
Analgésico comum, AINEs e opioide	1	1,6

*O total não soma 100% porque as mulheres referiram usar mais de uma medicação simultaneamente
AINEs = antiinflamatório não esteroidais.

Tabela 4 -Meios utilizados para o controle da dor, de acordo com sua intensidade da dor referida por 55 mulheres na última crise nos últimos 6 meses, IMIP. Recife, 2023.

Intensidade da dor	Medicação utilizada na crise			Teste Exato de Fisher
	Analgésico/AINEs*	Analgésico com opioide fraco	Opióide forte	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Leve (n=1)	1 (100,0)	-	-	p=0,157
Moderada (n=13)	4 (30,8)	8 (61,5)	1 (7,7)	
Forte (n=41)	13 (31,7)	15 (36,6)	13 (31,7)	
Total	18 (32,7)	23 (41,8)	14 (25,5)	55 (100,0)

* AINEs – Antiinflamatório não esteroideais

Tabela 5 - Associação entre intensidade média da dor com as características sociodemográficas, reprodutivas e clínicas, em pacientes com Doença Falciforme acompanhadas no ambulatório de ginecologia do IMIP.

CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES	INTENSIDADE ÚLTIMA DOR						Exato de Fisher
	Leve (0-3) n = 1		Moderada (4-6) n = 13		Forte (7-10) n = 41		
	N	%	N	%	N	%	
Gestação							0,032
Sim (n=46)	0		13		33		
Não(n=9)	1	11,2	0	-	8	88,8	
Uso de métodos contraceptivos							0,366
Nenhum/preservativo (n=20)	1		3		16		
Anticoncepcional hormonal (n=10)	0	0,0	4		6		
DIU/LT/vasectomia (n=25)	0	0,0	6		19		