



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE MEDICINA



**CARACTERIZAÇÃO DE MULHERES COM PERDA GESTACIONAL
RECORRENTE ACOMPANHADAS NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

MIRELA KAROLAYNE SOUZA DE MORAIS

João Pessoa

2023

MIRELA KAROLAYNE SOUZA DE MORAIS

**CARACTERIZAÇÃO DE MULHERES COM PERDA GESTACIONAL
RECORRENTE ACOMPANHADAS NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos à obtenção do grau de Médico.
Orientadora: Prof. Dra. Cristina Wide Pissetti

João Pessoa

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M827c Moraes, Mirela Karolayne Souza de.

Caracterização de mulheres com perda gestacional
recorrente acompanhadas no pré-natal de alto risco /
Mirela Karolayne Souza de Moraes. - João Pessoa, 2023.
38 f.

Orientação: Cristina Pissetti.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Aborto Habitual. 2. Saúde da Mulher. 3. Perfil de
Saúde. I. Pissetti, Cristina. II. Título.

UFPB/CCM

CDU 618.2(043.2)

MIRELA KAROLAYNE SOUZA DE MORAIS

**CARACTERIZAÇÃO DE MULHERES COM PERDA GESTACIONAL
RECORRENTE ACOMPANHADAS NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

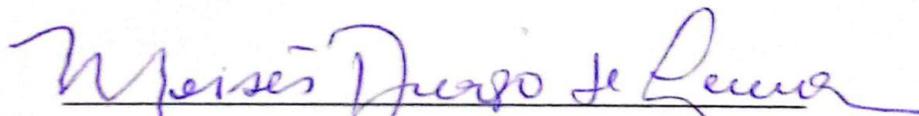
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Centro de Ciências Médicas, da
Universidade Federal da Paraíba, como parte
dos requisitos à obtenção do grau de Médico.

Aprovado em: 07/08/2023

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dra. Cristina Wide Pissetti (Orientadora)
Departamento de Obstetrícia e Ginecologia (UFPB)



Prof^º. Dr. Moisés Diogo de Lima
Departamento de Obstetrícia e Ginecologia (UFPB)



Profa. Dra. Gilka Paiva Oliveira Costa
Departamento de Medicina Interna (UFPB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, o meu Senhor em quem depusitei com confiança meu sonho em ser médica, e hoje consagro a realização deste final de curso. Grandes coisas fez o Senhor e por isso estou alegre (Salmos 126:3).

Aos meus queridos pais, Francimeire Araujo e in memoriam Alex Sandro, não há palavras que demonstrem o suficiente minha gratidão. São sinônimos de força e amor incondicional às filhas. Sempre acreditaram no poder transformador da educação e batalharam para formar suas três filhas. Somos frutos das suas lutas, obrigada por tanto.

A todos meus familiares, em especial minhas irmãs Meyriane e Samira, minha tia Francisca das Chagas, minha avó Maria de Lourdes e in memoriam minha bisavó Catarina, meus sinceros agradecimentos. Nos dias difíceis, sempre me confortei com as palavras de incentivo que recebi de vocês. Obrigada por acreditarem em mim.

Agradeço também ao meu noivo Tharcio Matheus, um companheiro presente nos dias bons e ruins, desde antes do início do curso, com quem me alegro de celebrar mais uma conquista. Estendo também meu agradecimento à sua família que é fonte de apoio e incentivo.

A todos meus amigos que compartilharam esse sonho comigo e sempre me incentivaram, meu muito obrigada. Aos meus amigos mais próximos da faculdade, Bianca, Emmanuel, Ingrid, Isabel, Larissa, Samara e Rayane, obrigada por terem me acolhido e dividido comigo esses anos de curso, foi uma honra aprender e me desenvolver com vocês. Para além da medicina, levo vocês como verdadeiros irmãos.

A minha orientadora Cristina Pissetti, minha profunda gratidão. Obrigada pela sua dedicação, paciência e conhecimento compartilhado. Foi uma honra desenvolver este trabalho sob sua orientação.

A todos os pacientes que tive contato ao longo do curso, expressei meu profundo respeito e gratidão. As experiências compartilhadas contribuíram para a minha formação profissional e também pessoal.

Agradeço à Universidade Federal da Paraíba e a todos os professores, preceptores, médicos residentes e funcionários que contribuíram para minha formação ao longo desses anos. Sou imensamente grata pela oportunidade de estudar em uma instituição renomada e aprender com verdadeiros mestres.

A todos que de alguma forma contribuíram nesta caminhada, meu sincero agradecimento. Encerro esta etapa cheia de boas memórias e grata por tudo que vivi.

Lista de tabelas e figuras

- Tabela 1.** Distribuição da frequência do número de perdas gestacionais das ----- 15
mulheres com perda gestacional recorrente do HULW, n=72, 2023.
- Tabela 2.** Distribuição da frequência do número de gestações anteriores ----- 16
bem-sucedidas das mulheres com perda gestacional recorrente do HULW, n=72, 2023.
- Tabela 3.** Distribuição da frequência do desfecho da última gestação das ----- 16
mulheres com perda gestacional recorrente do HULW , n=72, 2023.
- Tabela 4.** Distribuição da frequência do número de esvaziamentos uterinos ----- 16
prévios das mulheres com perda gestacional recorrente do HULW , n=72, 2023.
- Tabela 5.** Distribuição do *status* da investigação de causa trombofílica das ----- 17
mulheres com perda gestacional recorrente do HULW , n=72, 2023.

Lista de abreviaturas e siglas

ASRM	<i>American Society for Reproductive Medicine</i>
CCM	Centro de Ciências Médicas
DM	Diabetes Mellitus
ESHRE	<i>European Society for Human Reproduction and Embryology</i>
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
PGR	Perda Gestacional Recorrente
RCOG	<i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists</i>
SAF	Síndrome Antifosfolípide
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SOP	Síndrome dos Ovários Policísticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

Objetivo: Obter o perfil clínico-epidemiológico de mulheres com Perda Gestacional Recorrente (PGR). **Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, com 72 pacientes com PGR atendidas no pré-natal de alto risco em hospital universitário na Paraíba, entre 2015 e 2021. **Resultados:** As principais características das pacientes foram a idade média de 31,5 anos, do lar (40,2%), ensino médio (55,6%), renda inferior a um salário mínimo (82,1%), pardas (52,8%) e em união estável (50%). A maioria apresentava três perdas gestacionais (75%) e gestações viáveis anteriores (70,8%). Foram identificadas como causas de PGR sinéquias (2,8%), útero septado (1,4%), trombofilia (2,8%) e insuficiência istmocervical (1,4%). **Conclusões:** Evidenciamos o perfil de saúde de mulheres com PGR como idade média de 31,5 anos, do lar, pardas, em união estável, com pelo menos três perdas gestacionais, gestações viáveis anteriores e etiologia não definida. **Descritores:** Aborto Habitual. Perfil de Saúde. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: To obtain the clinical-epidemiological profile of women with Recurrent Pregnancy Loss (RPL). **Methods:** A observational, retrospective study with 72 patients with RPL treated at a university hospital in Paraiba between 2015 and 2021. **Results:** The participants showed several key traits: the mean age was 31,5 years, homemakers (40.2%), with a high school education (55.6%), income below one minimum wage (82.1%), of mixed race (52.8%), and in stable relationships (50%). The majority presented with three pregnancy losses (75%) and previous viable pregnancies (70.8%). The identified causes of RPL were synechiae (2.8%), septate uterus (1.4%), thrombophilia (2.8%), and cervical insufficiency (1.4%). **Conclusions:** We have demonstrated the health profile of women with RPL as having a mean age of 31,5 years, being homemakers, of mixed race, in stable relationships, with at least three pregnancy losses, previous viable pregnancies, and an undefined etiology. **Descriptors:** Habitual Abortion. Health Profile. Women's Health.

RESUMEN

Objetivo: Obtener el perfil clínico-epidemiológico de mujeres con Pérdida Gestacional Recurrente (PGR). **Métodos:** Estudio transversal, retrospectivo, con 72 pacientes con PGR atendidas en el prenatal de alto riesgo en un hospital universitario en Paraíba, entre 2015 y 2021. **Resultados:** Las principales características de las pacientes fueron la edad promedio de 31,5 años, amas de casa (40,2%), educación secundaria (55,6%), ingresos inferiores a un salario mínimo (82,1%), pardas (52,8%) y en unión estable (50%). La mayoría presentaba tres pérdidas gestacionales (75%) y gestaciones viables anteriores (70,8%). Se identificaron como causas de PGR sinéquias (2,8%), útero septado (1,4%), trombofilia (2,8%) e insuficiencia cervical (1,4%). **Conclusiones:** Evidenciamos el perfil de salud de mujeres con PGR, con una edad promedio de 31,5 años, amas de casa, pardas, en unión estable, con al menos tres pérdidas gestacionales, gestaciones viables anteriores y etiología no definida.

Descriptor: Aborto Habitual. Perfil de Salud. Salud de la mujer.

SUMÁRIO

Introdução	10
Métodos	12
Resultados	14
Discussão	18
Conclusões	21
Referências	21
Apêndice A	24
Anexo A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	28
Anexo B – Certidão de Aprovação do Projeto de TCC pelo DGO.....	33
Anexo C – Regras de Submissão da Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde	34

INTRODUÇÃO

A perda gestacional recorrente (PGR) está associada à morbidade materna e a grande trauma psicológico, sendo um problema de saúde pública.¹ Sua prevalência é de 3% quando se consideram, pelo menos, duas perdas, e cerca de 1% com mais de três perdas. Apesar de ser bastante estudada, não há na literatura consenso para a sua definição e propedêutica.²

A PGR é definida classicamente como três ou mais perdas gestacionais consecutivas antes de 20 semanas de gestação, mas seu conceito varia de acordo com a referência.³

A *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM) em sua diretriz de 2012 define PGR a partir de duas perdas gestacionais clínicas, ou seja, documentadas por ultrassonografia ou exame histopatológico e recomenda avaliação clínica após duas perdas consecutivas no primeiro trimestre, porém define limite mínimo de três perdas para estudos epidemiológicos.⁴

Em 2022, a *European Society for Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) apresentou em sua diretriz divergência de opiniões entre seus membros e definiu a partir de duas perdas gestacionais. Ademais, apontou que não há

provas fisiopatológicas que permitam consenso sobre a discussão de perdas consecutivas *versus* perdas não consecutivas.⁵

Mais recentemente, em 2023, o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) manteve seu posicionamento de três ou mais perdas gestacionais no primeiro trimestre, porém encoraja a decisão médica individualizada para investigação a partir de duas perdas. Além disso, não difere suas recomendações entre mulheres com perdas consecutivas e não consecutivas, devido ao fato de não parecer haver diferença entre a incidência de algumas etiologias da PGR entre esses grupos.⁶

No Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), onde foi realizada esta pesquisa, a definição da perda gestacional recorrente segue uma definição mais clássica. O Protocolo de Assistência Obstétrica de 2020 do serviço traz o conceito de abortamento habitual, definindo como “três abortos espontâneos consecutivos, sendo classificados em primário ou secundário caso seja ou não antecedido por parto”. Nessa situação, a orientação é o encaminhamento para investigação da possível causa no intervalo intergestacional.⁷

A PGR pode ser dividida em primária - gravidez em mulheres que nunca chegaram à viabilidade- e secundária - gravidez em uma mulher que teve um filho vivo anterior. Na PGR secundária o prognóstico para uma gravidez bem-sucedida é melhor.⁸

O risco de perda gestacional é de 11-13% na primeira gravidez. Após uma perda gestacional espontânea, aumenta para 14-21%, depois de duas para 24-29% e após três para 31-33%.³ Em contrapartida, uma gestação bem-sucedida pode reduzir o risco na gestação subsequente. Vários fatores influenciam esse risco, como idade gestacional da perda, intervalo entre as gestações, idade materna e alterações cromossômicas.⁹

A etiologia da PGR é múltipla e vários fatores são apontados por seu impacto direto no desenvolvimento embrionário inicial. 50% dos casos têm etiologia inexplicada, sendo um grupo bastante heterogêneo, com perda causada ao acaso ou por causa não identificável. Os fatores causais mais apontados são alterações anatômicas, genéticas, imunológicas, trombofílicas, endócrinas, infecciosas e ambientais.²

Mulheres identificadas com PGR podem apresentar anormalidades

anatômicas uterinas, as quais são classificadas em congênitas ou adquiridas. Em relação ao primeiro grupo, o útero septado é a alteração mais comum identificada. A insuficiência istmocervical pode ser congênita ou adquirida e está associada à PGR, principalmente no segundo trimestre.^{8,9}

Os traumas intrauterinos resultantes de curetagem, aspiração manual intrauterina e endometrite que podem resultar em sinéquias e levar a perda fetal por insuficiência do endométrio para suportar o desenvolvimento placentário.¹⁰ O mioma submucoso está relacionado à PGR, mas os miomas subserosos e intramurais pequenos, que não distorcem a cavidade, não estão.¹¹

As anormalidades genéticas incluem doenças gênicas específicas e alterações cromossômicas. Essas alterações podem ser diagnosticadas através do cariótipo do casal ou a partir da análise genética do concepto. A ocorrência de anormalidades genéticas não é exclusivamente herdada, podendo acontecer ao acaso.²

Mecanismos autoimunes e aloimunes foram propostos como causas de PGR, porém, é difícil avaliar o papel dos fatores imunológicos na falha reprodutiva, pois não estão completamente elucidados os

mecanismos que permitem à mãe tolerar seu concepto semi-alogênico.¹² Do ponto de vista autoimune, a síndrome antifosfolípide (SAF) é a única condição com associação bem estabelecida com a PGR, sendo essa um dos critérios diagnósticos para a doença.¹³

Em relação às trombofilias hereditárias maternas, existe uma literatura ampla e contraditória sobre associação com perdas ocorridas no primeiro trimestre. Estudos apontam um risco aumentado de desenvolver PGR na presença de mutação do fator V Leiden G1691A, mutação da protrombina G20210A e deficiência de proteína S, quando comparado a mulheres sem trombofilias.¹⁴

A síndrome dos ovários policísticos (SOP), a resistência à insulina, controle glicêmico inadequado, hiperprolactinemia, hipotireoidismo clínico e subclínico não tratados estão relacionados ao maior risco de PGR.²

Até o momento, não existe comprovação científica que respalde nenhum patógeno como causador de PGR.¹¹ A ingestão de cafeína acima de 300mg por dia, o consumo de álcool em altas doses, tabagismo e obesidade aumentam significativamente o risco de

abortamento, mas não existem evidências concretas sobre sua relação com PGR.^{9,15}

Desta forma, considerando as possíveis causas de PGR, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil clínico e epidemiológico de mulheres com PGR em um serviço de pré-natal de alto risco de um hospital universitário, na Paraíba. Estudos como este podem contribuir para melhor compreensão dos aspectos epidemiológicos envolvidos e podem ser úteis na melhoria do atendimento no serviço, bem como para construção de políticas públicas que atendam às mulheres, que representam 70% dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁶

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional e retrospectivo, realizado no ambulatório de pré-natal de alto risco do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), em João Pessoa-PB. Foram avaliados todos os prontuários das pacientes atendidas no período de janeiro de 2015 até dezembro de 2021 que foram encaminhadas para o pré-natal de alto risco devido a três ou mais perdas gestacionais. Mulheres que apresentaram três ou mais perdas gestacionais até a 24ª semana de gestação, sequenciais ou não, foram incluídas no estudo. Foram excluídas

pacientes com menos de 18 anos de idade e com abortos provocados.

A amostragem foi não probabilística, por conveniência, pois a PGR tem baixa prevalência e o número de mulheres que adentram no serviço anualmente por esse motivo é reduzido. Assim, também foi decidido por um estudo retrospectivo, por análise de prontuários, visando abarcar o maior número possível de pacientes.

A coleta de dados em prontuários ocorreu de fevereiro a agosto de 2022 no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HULW. Os prontuários analisados foram selecionados por meio do registro de triagem do ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco do serviço.

As variáveis foram coletadas a partir do instrumento de coleta (Apêndice A), elaborado pelos autores, e registradas em uma Planilha Excel para posterior análise estatística. Algumas informações não foram possíveis de serem coletadas por falta de informações em prontuário. Neste estudo foram analisadas as seguintes variáveis: socioeconômicas (idade; procedência; ocupação habitual; grau de escolaridade; cor; situação conjugal), história obstétrica (número de abortos, número de gestações viáveis anteriores, desfecho da última gestação), relacionadas

ao útero (alterações anatômicas, exame diagnóstico e número de esvaziamentos uterinos), avaliação genética e presença de comorbidades (síndrome dos ovários policísticos, trombofilia, diabetes mellitus, hipotireoidismo, hiperprolactinemia e outra causa).

Em um segundo momento, de setembro a dezembro de 2022, as pacientes foram contatadas a partir do número telefônico informado no prontuário. As mulheres que atenderam a ligação, foram convidadas a participarem da pesquisa, sob orientação quanto aos objetivos do estudo, métodos da pesquisa, riscos e benefícios e garantia de seu anonimato e confidencialidade dos dados e que a participação era voluntária, sem qualquer ônus ou remuneração. As pacientes que aceitaram participar da pesquisa, e assinaram o TCLE de forma online, foram entrevistadas, sendo analisadas as mesmas variáveis coletadas nos prontuários, acrescido de renda per capita.

Em relação aos aspectos éticos, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba, sendo aprovado sob CAAE 50671821.9.0000.8069.

Os dados foram analisados por estatística descritiva, utilizando o programa IBM SPSS Statistics 21. As variáveis qualitativas foram descritas em frequências absoluta e relativa e as variáveis quantitativas em média com desvio padrão ou mediana com máximo e mínimo. A normalidade foi testada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS

Neste estudo, foram selecionados 76 prontuários que atendiam aos critérios de inclusão, destes um foi excluído por divergência de informações. Quanto às entrevistas, 31 pacientes atenderam a ligação telefônica e assinaram o TCLE de forma online. Das entrevistadas, 3 foram excluídas do estudo, pois apresentavam abortos provocados, totalizando menos de três perdas gestacionais espontâneas. Dessa forma, o total final de participantes do estudo foi de 72. Foram analisados 72 prontuários e 28 participantes, além da análise do prontuário, foi realizada entrevista por telefone.

A maioria das participantes eram residentes de João Pessoa-PB, correspondendo a 75% do total. O restante das pacientes era de outras cidades do estado.

Quanto à ocupação, as participantes foram classificadas de acordo com a divisão estabelecida pelo IBGE (2002). Foram acrescentadas as categorias “do lar” e “agricultura”. A grande maioria das mulheres deste estudo estavam incluídas na categoria “do lar”, seguida por ocupações de prestação de serviços, correspondendo a 40,2% e 23,6%, respectivamente. As demais ocupações foram: 6,9% mal definidas, 6,9% ocupações administrativas, 5,6% ocupações de serviços de higiene pessoal, 5,6% ocupações técnicas, científicas, artísticas e assemelhados, 4,2% professor, 1,4% ocupações da indústria de transformações, 1,4% artistas, ocupações afins e auxiliares, 1,4% agricultora. Em 2,8% não havia registro de ocupação.

Em relação ao grau de escolaridade, a maioria enquadrava-se na categoria ensino médio, com 55,6%, seguido de 22,2% ensino fundamental, 18% ensino superior e 1,4% sem instrução. Não foi possível diferenciar as categorias entre ensino completo ou incompleto. 2,8% não havia informação em prontuário.

O grupo de entrevistadas (n=28) também foi avaliado em relação à renda per capita. A grande maioria, 82,1%, vivia com menos de 1 salário mínimo per capita, 14,3% com renda entre 1-2 salários

mínimos e 3,6% entre 2-3 salários mínimos.

Do total de setenta e duas pacientes, 52,8% se autodeclararam parda, 19,4% preta, 18% branca, 4,2% amarela e 4,2% indígena. Em relação ao estado civil, 50% das mulheres estavam em união estável, 30,5% casadas, 16,7% solteiras e 1,4% divorciadas. 1,4%, correspondendo em valor absoluto a uma paciente, não havia informação no prontuário sobre essas variáveis.

Concernente a idade, foi considerada a que corresponde a entrada da paciente no pré-natal de alto risco no HULW em sua última gestação. A idade média das pacientes é 31,5 anos, com desvio padrão de 6,53. A idade apresentou distribuição normal (teste de Kolmogorov-Smirnov; $p > 0,05$).

Quanto ao número de perdas gestacionais, a maioria das pacientes apresentavam três perdas, correspondendo a 75% do total, conforme apresentado na Tabela 1. A mediana de perdas gestacionais foi de 3, com mínimo de 3 e máximo de 14 e amplitude interquartil de 0,8.

A maior parte dessas mulheres, 70,8%, apresentava gestações bem-sucedidas anteriormente. A quantidade de gestações prévias está distribuída na Tabela 2.

Em relação ao desfecho da última gestação em que estavam sendo acompanhadas no serviço, 70,8% teve uma gestação viável. A distribuição dos desfechos está representada na Tabela 3.

Tabela 1 – Distribuição da frequência do número de perdas gestacionais das mulheres com perda gestacional recorrente do HULW, n=72, 2023.

Número de perdas gestacionais	Valor absoluto	Valor relativo (%)
Três	54	75
Quatro	8	11
Cinco	4	5,6
Seis	2	2,8
Sete	1	1,4
Nove	1	1,4
Onze	1	1,4
Quatorze	1	1,4
Total	72	100

Fonte: elaborada pelos autores

Tabela 2 – Distribuição da frequência do número de gestações anteriores bem-sucedidas das mulheres com perda gestacional recorrente do HULW, n=72, 2023.

Nº de gestações bem-sucedidas anteriores	Valor absoluto	Valor relativo (%)
Zero	21	29,2
Uma	23	31,9
Duas	20	27,8
Três	3	4,2
Mais de três	5	6,9
Total	72	100

Fonte: elaborada pelos autores

Tabela 3 – Distribuição da frequência do desfecho da última gestação das mulheres com perda gestacional recorrente do HULW, n=72, 2023.

Nº de gestações bem-sucedidas anteriores	Valor absoluto	Valor relativo (%)
Bem sucedida	51	70,8
Nova perda gestacional	5	6,9
Óbito intrauterino	2	2,8
Óbito neonatal	2	2,8
Em curso	2	2,8
Perda de seguimento no serviço	9	12,5
Encaminhamento para parto em outro serviço	1	1,4
Total	72	100

Fonte: elaborada pelos autores

Quanto à presença de alterações anatômicas uterinas, 6,9% apresentavam mioma, porém não foi possível classificar o tipo e nem o tamanho. Sinéquias estavam presentes em 2,8% e útero septado em 1,4%. 88,9% não possuíam diagnóstico de alteração anatômica.

Esses dados foram obtidos majoritariamente (90,2%) por ultrassonografia obstétrica. O restante

apresentava avaliação fora do período gestacional: 4,2% por ultrassonografia transvaginal e 5,6% por videohisteroscopia.

Acerca de esvaziamentos uterinos (curetagem ou aspiração manual intrauterina), a maioria das mulheres havia realizado pelo menos um esvaziamento, conforme Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição da frequência do número de esvaziamentos uterinos prévios das mulheres com perda gestacional recorrente do HULW, n=72, 2023.

Número de esvaziamentos uterinos	Valor absoluto	Valor relativo (%)
Zero	20	27,8
Um	17	23,6
Dois	12	16,6
Três	20	27,8
Quatro	3	4,2
Total	72	100

Fonte: elaborada pelos autores

Apenas 1,4% das pacientes realizaram cariótipo do casal para investigação genética das perdas gestacionais. 1,4% foi realizado cariótipo apenas da mãe. Não foram identificadas alterações nesses exames. Não havia dados sobre análise genética do concepto.

Concernente à síndrome dos ovários policísticos, 11,1% das participantes possuía diagnóstico em prontuário ou referiu durante entrevista. Entretanto, não

foi possível identificar os critérios utilizados para definição do quadro em ambas as situações. 2,8% apresentavam diagnóstico de diabetes mellitus e 1,4% de hipotireoidismo. Quando a investigação de causa trombofílica, do total de pacientes, 59,7% não investigaram trombofilia. 25% iniciaram investigação, mas não concluíram. Em 12,5% esse diagnóstico foi descartado e em 2,8% confirmado.

Tabela 5 – Distribuição do *status* da investigação de causa trombofílica das mulheres com perda gestacional recorrente do HULW, n=72, 2023.

Status de investigação trombofílica	Valor absoluto	Valor relativo (%)
Não investigado	20	27,8
Investigação não concluída	17	23,6
Descartado	12	16,6
Confirmado	20	27,8
Total	72	100

Fonte: elaborada pelos autores

Outras possíveis causas identificadas em prontuário para as perdas gestacionais foram: uso de álcool e drogas ilícitas durante a gestação (1,4%) e insuficiência

istmocervical (1,4%). Não havia registro de paciente com hiperprolactinemia.

Foram coletados peso e altura das pacientes para avaliação de obesidade por meio do IMC. Porém, não foi possível

padronizar a amostra, tendo em vista que não havia registro de peso prévio à gestação na maioria das pacientes e a idade gestacional da primeira consulta do pré-natal de alto risco era muito variável, impossibilitando a comparação do peso registrado nesse momento.

DISCUSSÃO

Não existe na literatura consenso para a definição de perda gestacional recorrente, sendo um grande desafio estudá-la. As grandes sociedades que pesquisam o tema vêm atualizando seus critérios diagnósticos ao longo dos anos.^{4,5,6} Esse avanço conceitual é importante, pois apesar de sua baixa prevalência, a PGR é uma experiência que traz traumas emocionais, gerando angústia e frustração nessas mulheres, o que foi possível de ser experienciado através da avaliação subjetiva das entrevistadas. Além disso, essas atualizações podem contribuir para a identificação de causas preveníveis e tratáveis mais precocemente, o que pode levar a melhor prognóstico.

Neste estudo, optamos por incluir apenas mulheres a partir de três perdas gestacionais, pois o serviço de referência no qual foi desenvolvido este trabalho utiliza esse ponto de corte em sua prática.⁷ Além disso, esse limite parece ser mais

seguro para a caracterização do perfil dessas mulheres.⁴ Foram consideradas perdas consecutivas e não consecutivas e não foi identificada a idade gestacional exata das perdas, uma vez que não foi possível diferenciá-las através do registro em prontuários e mesmo nas entrevistas as mulheres apresentavam dificuldade em recordar essa informação.

Idealmente, o serviço preconiza que a investigação das pacientes com PGR aconteça no período intergestacional.⁷ Entretanto, as informações obtidas nesse estudo foram, majoritariamente, referentes ao último acompanhamento pré-natal, uma vez que a maioria dessas mulheres desvincularam-se do serviço e a minoria possuía investigação fora do período gestacional.

Em geral, as pacientes eram residentes de João Pessoa (75%), o que pode estar associado a maior facilidade de acesso comparada às residentes de cidades interioranas do estado.

A maior parte das mulheres eram do lar (40,2%), havia iniciado ou concluído o ensino médio (55,6%), e apresentava renda per capita inferior a um salário mínimo (82,1%) - este último dado foi obtido apenas das pacientes entrevistadas. Tais características socioeconômicas podem ser

associadas com a dificuldade no acesso a exames complementares para avaliação etiológica da PGR e perda de vínculo com o serviço observados neste estudo.

Quanto à cor, das setenta e duas pacientes, a maior parte se autodeclarou negra (parda ou preta), totalizando 72,2%. Além disso, referente ao estado civil, 50% das participantes estavam em união estável e 30,5% eram casadas. Esses dados se assemelham aos encontrados em um estudo epidemiológico realizado em Salvador, Bahia, em 2014, no qual a grande maioria das pacientes também se autodeclararam negras e estavam casadas ou em união estável.¹⁸

O fato da maior parte das pacientes estarem em união estável ou casadas pode estar associado a maior estabilidade emocional para o enfrentamento da perda gestacional e disposição para novas tentativas¹⁸. Em nosso estudo, observamos que 70,8% das pacientes possuem, ao menos, 5 tentativas gestacionais quando somamos a quantidade mínima de perdas gestacionais (três), gestações viáveis prévias (tabela 3) e o último acompanhamento pré-natal de referência para as informações obtidas nesse estudo.

A literatura aponta o avanço da idade como fator independente para perda

gestacional, tendo, principalmente, um aumento significativo após os 35 anos.¹⁷ A idade média encontrada das pacientes foi de 31,5 anos ($\pm 6,5$). Como a idade coletada foi a de entrada do último pré-natal, essas mulheres apresentavam perdas gestacionais prévias em idade mais precoce. Além disso, observamos que 70,8% dessas pacientes apresentavam gestações viáveis anteriores. Nesse sentido, esses fatores associados podem ter influenciado no fato da maioria das pacientes também terem apresentado gestação viável durante esse último acompanhamento pré-natal (70,8%), tendo em vista que tais aspectos conferem melhor prognóstico como já descrito.⁹

Em relação às alterações anatômicas uterinas congênitas, o útero septado é a principal causa de PGR.⁸ Tal malformação foi identificada em 1,4% das participantes, sendo a única causa congênita observada. Quanto às alterações adquiridas, as sinéquias foram identificadas em 2,8% das pacientes, nas quais todas apresentavam história de esvaziamentos uterinos prévios. Por outro lado, quando consideramos todas as pacientes que realizaram esvaziamentos uterinos (72,2%), apenas 3,8% apresentavam sinéquias. Em relação aos miomas, a literatura aponta como possível causa de perda gestacional os miomas

submucosos que distorcem a cavidade uterina.¹¹ Essa associação não pode ser avaliada neste trabalho, pois não foi possível coletar localização, tamanho e relação com cavidade uterina com precisão.

A literatura aponta que a maioria das perdas gestacionais são por causas genéticas. Porém, essas alterações podem acontecer ao acaso, sem haver herança dos pais. Não existe consenso entre as sociedades que estudam o tema quanto a necessidade ou momento ideal para realização do cariótipo do casal ou análise genética do concepto.^{2,4,5,6,11} Apenas 2,8% das pacientes realizaram alguma investigação complementar genética. Além da falta de consenso sobre a utilização desses métodos, essa porcentagem reduzida pode ser explicada pela dificuldade em sua realização por questões logísticas e aumento dos custos da investigação.

Das possíveis causas metabólicas para PGR, a SOP foi a principal identificada (11,1%), porém, ressalta-se que não foi possível identificar os critérios utilizados para o diagnóstico. Apenas 2,8% das mulheres apresentam diagnóstico prévio à gestação de DM e 1,4% de hipotireoidismo. É importante pontuar que a associação com perdas gestacionais está

relacionada à doença mal controlada.² A insuficiência istmocervical foi apontada em 1,4% como causa de PGR, sendo essa associação bem documentada na literatura quando ocorre no segundo trimestre.⁹ Por outro lado, o uso de álcool e drogas ilícitas durante a gestação, identificado em 1,4% das mulheres, tem associação ainda não comprovada com a perda gestacional recorrente, apesar de relação bem estabelecida com perdas gestacionais esporádicas.^{9,15}

Menos da metade das pacientes iniciaram investigação para trombofilias, dessas só foi possível concluir a investigação em pouco mais de 1/3. Possivelmente, esse contexto se correlaciona com a baixa disponibilidade de recursos, como já discutido anteriormente, para a realização de exames com marcadores sorológicos, bem como pela perda de seguimento.

Não foram identificadas outras manifestações clínicas que estão relacionadas à PGR. É válido ressaltar que a maioria das mulheres não apresentavam investigação prévia com exames complementares em período intergestacional para causas da PGR o que pode ter impactado na identificação dessas alterações.

CONCLUSÕES

O perfil clínico-epidemiológico observado em nosso estudo é de mulheres com idade média de 31,5 anos, do lar, pardas, em união estável, com pelo menos três perdas gestacionais, gestações viáveis anteriores e nova gestação bem-sucedida. As causas identificáveis foram útero septado, sinéquias, trombofilia e insuficiência istmocervical. Outras causas identificadas foram mioma, síndrome dos ovários policísticos, diabetes mellitus e hipotireoidismo, porém não foi possível identificar a relação com a cavidade uterina, critérios diagnósticos e descontrole glicêmico, respectivamente, o que inviabiliza a avaliação desses fatores como causa de PGR.

Foi observado que a maioria das pacientes não possuía etiologia definida para PGR. É possível inferir que embora seja uma temática com impactos emocionais traumáticos para as mulheres, ainda não conseguimos dar respostas mais satisfatórias quanto às causas da PGR. Estudos que se aprofundem neste sentido podem contribuir para melhores esclarecimentos.

As principais limitações deste estudo se referem à coleta de dados em prontuários médicos. Algumas

informações não foram possíveis de se obter, como a idade gestacional da perda gestacional, peso prévio, critérios diagnósticos para SOP, características anatômicas de miomas, controle de diabetes mellitus e hipotireoidismo.

A PGR ainda é um tema bastante controverso na literatura, mas que vem atualizando-se ao longo dos anos. Sugerimos que os serviços de saúde guiem seus protocolos de investigação para PGR a partir de referências atualizadas e baseadas em evidências científicas e em novos estudos epidemiológicos locais.

REFERÊNCIAS

1. Ferriani RA, Reis RM, Navarro PA. Perda Gestacional Recorrente. *Femina*. [Internet]. 2020 [citado em 24 de julho de 2023]; 47(5):295-298. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1046519>.
2. Oliveira ECF, Lemos CNCD, Cavallo IKD. Atualidades em perda gestacional de repetição: definição, diagnóstico e propedêutica. *Femina*. [Internet]. 2020 [citado em 24 de julho de 2023]; 48(11):699-704. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1140185>.
3. Stirrat GM. Recurrent miscarriage. *Lancet*. [Internet]. 1990 [citado em 24 de julho de 2023]; 336(8716): 673-675. doi: 10.1016/0140-6736(90)92159-f.
4. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril*. [Internet]. 2012 [citado em

- 19 de julho de 2023]; 98(5):1103-1113. doi:10.1016/j.fertnstert.2012.06.048.
5. The ESHRE Guideline Group on RPL and others. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an update in 2022. *Human Reproduction Open* [Internet]. 2022 [citado em 19 de julho de 2023]; 2023(1):1-7. doi: 10.1093/hropen/hoad002.
 6. Regan L, Rai R, Saravelos S, Li TC, on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Recurrent Miscarriage: Green-top Guideline No. 17. *BJOG* [Internet]. 2023 [citado em 22 de julho de 2023];00: 1–31. doi: 10.1111/1471-0528.17515.
 7. Espinola AR, Nóbrega ABS, Oliveira EBPM, Ayres JSML, Souto MNDM, Gadelha RMW, *et al.* Abortamento. In: Espinola AR, Nóbrega ABS, Oliveira EBPM, Ayres JSML, Souto MNDM, Gadelha RMW, *et al.* Protocolo de Assistência Obstétrica: Rede Cegonha. João Pessoa: Ideia; 2020.
 8. Homer AH, Li TC, Cooke ID. The septate uterus: a review of management and reproductive outcome. *Fertil Steril* [Internet]. 2000 [citado em 19 de julho de 2023]; 73(1):1-14. doi:10.1016/s0015-0282(99)00480-x.
 9. Tulandi T, Al-Fozan HM. Recurrent pregnancy loss: definition and etiology. [Internet]; 2023 [citado em 26 de julho de 2023]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/recurrent-pregnancy-loss-definition-and-etiology?source=mostViewed_widget.
 10. Yu D, Li TC, Xia E, Huang X, Liu Y, Peng X. Factors affecting reproductive outcome of hysteroscopic adhesiolysis for Asherman's syndrome. *Fertil Steril* [Internet]. 2008 [citado 24 de julho de 2023]; 89(3):715-722. doi:10.1016/j.fertnstert.2007.03.070.
 11. Homer HA. Modern management of recurrent miscarriage. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2019 [citado em 25 de julho de 2023]; 59(1):36-44. doi: 10.1111/ajo.12920.
 12. Kallen CB, Arici A. Immune testing in fertility practice: truth or deception? *Curr Opin Obstet Gynecol* [Internet]. 2003 [citado em 24 de julho de 2023]; 15(3):225-231. doi:10.1097/00001703-200306000-00003.
 13. Reindollar RH. Contemporary issues for spontaneous abortion. Does recurrent abortion exist? *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 2000 [citado em 19 de julho de 2023]; 27(3):541-54. doi:10.1016/s0889-8545(05)70154-6.
 14. Liu X, Chen Y, Ye C, Xing D, Wu R, Li F, Chen L, Wang T. Hereditary thrombophilia and recurrent pregnancy loss: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod* [Internet]. 2021 [citado em 26 de julho de 2023]; 36(5):1213-1229. doi: 10.1093/humrep/deab010.
 15. Christiansen OB, Nybo Andersen AM, Bosch E, Daya S, Delves PJ, Hviid TV, Kutteh WH, Laird SM, Li TC, van der Ven K. Evidence-based investigations and treatments of recurrent pregnancy loss. *Fertil Steril* [Internet]. 2005 [citado em 25 de julho de 2023]; 83(4):821-839. doi:10.1016/j.fertnstert.2004.12.018.
 16. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípio e diretrizes [Internet]. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.
 17. Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ* [Internet]. 2000 [citado em 26 de julho de 2023];320(7251):1708-1712. doi: 10.1136/bmj.320.7251.1708.

18. Costa OLN, Santos EMF, Netto EM. Aspectos epidemiológicos e obstétricos de mulheres com perdas recorrentes da gravidez em uma maternidade pública do Nordeste do Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

[Internet]. 2014 [citado em 25 de julho de 2023]; 36(11)514-518. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/s0100-720320140005007>.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Aspectos socioeconômicos

1. Idade (anos):
2. Procedência (cidade/estado):
3. Ocupação habitual
 - a. Artistas, ocupações afins e auxiliares
 - b. Mal definidas
 - c. Ocupações administrativas
 - d. Ocupações da indústria de transformações
 - e. Ocupações de prestação de serviços
 - f. Ocupações dos serviços de higiene pessoal
 - g. Ocupações técnicas, científicas, artísticas e assemelhados
 - h. Professor
 - i. Do lar
 - j. Agricultora
4. Grau de escolaridade
 - a. Ensino fundamental completo ou incompleto
 - b. Ensino médio completo ou incompleto
 - c. Ensino superior completo ou incompleto
 - d. Sem instrução
5. Cor
 - a. Amarela
 - b. Branca
 - c. Indígena
 - d. Parda
 - e. Preta

6. Situação conjugal
 - a. Casada
 - b. Divorciada
 - c. Em união estável
 - d. Solteira
7. Renda per capita
 - a. <1 salário mínimo
 - b. 1-2 salários mínimos
 - c. 2-3 salários mínimos
 - d. >3 salários mínimos

História Obstétrica

8. Número de perdas gestacionais:
9. Idade gestacional de cada perda (em semanas):
10. Intervalo entre cada gestação (em meses):
11. Gestação viável anterior
 - a. SIM
 - b. NÃO
12. Número de gestações viáveis anteriores:
13. Desfecho da última gestação:

Relacionadas ao útero

14. Alteração anatômica uterina:
15. Exame utilizado para investigação uterina:
16. Número de esvaziamentos uterinos:

Comorbidades

17. Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP)

- a. SIM
- b. NÃO

18. Critérios utilizados para diagnóstico de SOP:

19. Hiperprolactinemia

- a. SIM
- b. NÃO

20. Trombofilia

- a. Não investigado
- b. Em investigação
- c. Confirmado
- d. Descartado

21. Diabetes Mellitus prévia

- a. SIM
- b. NÃO

22. Hipotireoidismo prévio

- a. SIM
- b. NÃO

23. Outra causa:

24. Peso prévio à gestação (kg):

25. Altura da paciente (m):

Avaliação genética

26. Avaliação Genética

- a. Cariótipo de casal

b. Análise do conceito

c. Outro:

27. Alteração encontrada em avaliação genética:

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DE MULHERES COM PERDA GESTACIONAL RECORRENTE ACOMPANHADAS NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Pesquisador: Cristina Wide Pissetti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50671821.9.0000.8069

Instituição Proponente: UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.932.699

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa PB_INFORMA%C3%87%C3%95ES_B%C3%81SICAS_DO_PROJETO_1791835.pdf

Apresentação do Projeto: estudo observacional e transversal.

Hipótese: não se aplica.

Metodologia Proposta:

Tipo de pesquisa - Trata-se de um estudo transversal-observacional para traçar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com perda gestacional recorrente. Local da

pesquisa - O estudo será realizado no ambulatório de pré-natal de alto risco do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). População e Amostra - A técnica de amostragem foi do tipo não probabilística, por conveniência, obedecendo a demanda de rotina do serviço. Estima-se uma amostra de 100 participantes, porém este número não pode ser precisado, pois dependerá da análise dos prontuários do Serviço. Serão avaliados todos os prontuários das pacientes atendidas no período de janeiro de 2015 até dezembro de 2021. Coleta de dados - O projeto será encaminhado para apreciação do Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba, para análise e parecer ético, respeitando os princípios éticos da resolução CNS nº 466/2012. Em um primeiro momento, será pedido a dispensa do TCLE para a

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900

UF: PB **Município:** JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comiteeetica@ccm.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 4.932.699

coleta de dados em prontuários (Apêndice A). Então, a pesquisadora coletará as variáveis a serem estudadas e organizará os dados em uma planilha Microsoft Office Excel® que será armazenada em um dispositivo de armazenamento externo portátil (pendrive).

Em um segundo momento, com a finalidade de reduzir viés de informação e enriquecer a pesquisa, a pesquisadora entrará em contato, via ligação telefônica, com as pacientes que tiverem disponibilizado o contato no prontuário. As pacientes serão convidadas a participarem da pesquisa, sendo orientadas quanto aos objetivos do estudo, métodos da pesquisa, riscos e benefícios e garantia de seu anonimato e confidencialidade dos dados. Serão informadas que participarão como voluntárias e sem qualquer ônus ou remuneração. Em caso de aceite, serão convidadas a assinar o termo de consentimento livre esclarecido. Caso desejem retirar o TCLE durante a pesquisa, serão

informadas de que tal decisão não acarretará nenhum prejuízo para si. Além disso, serão informadas de que os dados da pesquisa serão armazenados por cinco anos na instituição do pesquisador responsável e após este período serão destruídos. Os resultados da pesquisa serão apresentados em eventos científicos e publicados em revistas especializadas. Após a assinatura do TCLE, a participante responderá um questionário com perguntas de caráter socioepidemiológicas e clínicas. O TCLE e o instrumento de coleta de dados serão aplicados de forma online, por meio da plataforma Google Forms e serão anexados ao final desse projeto no Apêndice B e Apêndice C, respectivamente.

Critério de Inclusão: Serão incluídas no estudo pacientes com três ou mais perdas gestacionais, sequenciais, até a 20-22ª semana de gestação.

Critério de Exclusão: Serão excluídas pacientes com menos de 18 anos de idade. Não serão considerados abortos provocados.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme projeto apresentado, o objetivo primário é Traçar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com perda gestacional recorrente. Os Objetivos Secundários são Avaliar o perfil epidemiológico das gestantes acompanhadas no serviço de pré-natal de alto risco do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e Identificar as condições clínicas de alto risco prevalentes no pré-natal de alto risco de um hospital universitário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme foi descrito pelo pesquisador nas informações básicas do projeto, na Plataforma Brasil

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7308 **E-mail:** comitedeetica@ccm.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 4.932.699

os riscos são mínimos e se relacionam à eventual cansaço ao responder o questionário, a perda de confidencialidade de dados, algum desconforto emocional ao responder as perguntas e possível vazamento de dados por se tratar de uma pesquisa online. Para evitar tais riscos, a participante da pesquisa poderá descansar pelo tempo que precisar e retomar o questionário, poderá desistir da pesquisa sem qualquer prejuízo ao seu atendimento e poderá conversar com os pesquisadores a respeito dos seus sentimentos. Em relação ao risco de perda de confidencialidade, os questionários não terão o nome ou outro dado que possa identificar a participante da pesquisa. Ainda, todos os dados coletados serão transferidos para um dispositivo de armazenamento externo portátil (pendrive), ou seja, não ficarão na "nuvem" e serão utilizados única e exclusivamente para os objetivos da pesquisa. Já os benefícios são relativos ao campo de conhecimento em questão, pois os resultados obtidos possibilitarão ao serviço de saúde traçar um plano que melhor atenda suas pacientes, considerando, também, as recomendações das entidades internacionais. Verificamos assim que os riscos advindos com a pesquisa se justificam diante dos benefícios que a mesma pode auferir.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tipo de protocolo: original

Número de participantes: 100

Cronograma previsto para coleta: 01/09/2021 à 31/05/2022

Cronograma completo: 14/07/2021 à 31/05/2023

Orçamento: R\$ 100,00 (cem reais)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes termos de apresentação obrigatória foram anexados:

Folha de rosto (assinada)

Carta de anuência (assinada)

Instrumento de coleta de dados (questionário)

Projeto completo

PB informações básicas (gerado pela própria Plataforma Brasil)

TCLE

Solicitação de dispensa de TCLE (acesso aos prontuários de janeiro de 2015 à dezembro de 2021).

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 4.932.699

Recomendações:

Recomenda-se a pesquisadora:

- Enumerar as páginas do TCLE, conforme o modelo a seguir: 1/5;2/5 e assim por diante;
- Manter a metodologia aprovada pelo CEP/CCM/UFPB;
- Apresentar os relatórios parcial e final, via Plataforma Brasil, no ícone notificações;
- Informar ao CEP-CCM, por meio de Emenda/Notificação a inclusão de novos membros/equipe de pesquisa, via plataforma Brasil;
- Caso ocorram intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, população envolvida, entre outras, o (a) pesquisador (a) responsável deverá solicitar a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de tais alterações, ou buscar devidas orientações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa apresenta delineamento metodológico adequado e atende às recomendações éticas da resolução que envolve seres humanos (Resolução N°466/12, CNS/MS). Deste modo, encontra-se APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas- CEP-CCM, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1791835.pdf	21/07/2021 18:05:25		Aceito
Outros	Anuencia_GEP.pdf	21/07/2021 18:04:55	Cristina Wide Pissetti	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	21/07/2021 18:04:08	Cristina Wide Pissetti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	TCC_final.pdf	14/07/2021 09:36:07	Cristina Wide Pissetti	Aceito

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 4.932.699

Investigador	TCC_final.pdf	14/07/2021 09:36:07	Cristina Wide Pissetti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa_TCLE_12_07.pdf	14/07/2021 09:35:28	Cristina Wide Pissetti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/07/2021 09:35:16	Cristina Wide Pissetti	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	14/07/2021 09:34:53	Cristina Wide Pissetti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 27 de Agosto de 2021

Assinado por:

Thatiana Nogueira Freire da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

ANEXO B – Certidão de aprovação do projeto de Trabalho de Conclusão de Curso pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
Campus Universitário I – 1º Andar do CCM
Fone (83) 3216.7553 – E-mail: dog.ccm@gmail.com



CERTIDÃO

Certifico, para os devidos fins, que o Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba aprovou, *Ad Referendum*, o projeto de trabalho de conclusão de curso intitulado "**ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DE MULHERES COM PERDA GESTACIONAL RECORRENTE ACOMPANHADAS NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA**", realizado pelo aluna Mirela Karolayne Souza de Moraes, matrícula 20170044711, sob a responsabilidade e orientação da Profa. Cristina Wide Pissetti.

João Pessoa, 02 de agosto de 2023.

Prof. Dra. Andréa Larissa Ribeiro Pires
Chefe do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia/CCM/UFPB

ANEXO C – Regras de submissão da Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde



Universidade Federal
do Triângulo Mineiro

REAS

Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde

Preparo do manuscrito para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Categorias de artigos:

Artigo Original: resultado de investigação científica com contribuições inéditas para a Enfermagem e para a atenção à saúde das populações. Deverá ter, no máximo, 3.500 palavras, excluindo-se desta contagem o título, resumos, agradecimentos, tabelas, legendas das figuras e referências. Máximo de 20 referências atualizadas e pertinentes ao tema do estudo. Sua estrutura deve conter introdução, método, resultados, discussão, conclusões e referências.

Estudo Teórico: resultado de investigação com formulação discursiva sobre modelos teóricos que ofereçam sustentação para pesquisas e práticas da área de Enfermagem e para a atenção à saúde das populações, propiciando interlocução nacional e internacional sobre o tema. Limitado a 2.000 palavras, excluindo-se desta contagem o título, resumos, agradecimentos, tabelas, legendas das figuras e referências. Máximo de 10 referências.

Artigo de Revisão: revisão sistemática ou integrativa da literatura sobre tema de interesse para a Enfermagem e para a saúde, realizada por meio de rigorosos procedimentos metodológicos, acompanhada de análise e conclusões. Deverá ter, no máximo, 3.500 palavras, excluindo-se desta contagem o título, resumos, agradecimentos, tabelas, legendas das figuras e referências. Sem limite de referências.

Relato de Experiência: destinado a descrever a atuação do profissional de Enfermagem e para a atenção à saúde das populações, em casos clínicos ou estudos de casos, com apresentação da experiência, discussão, conclusões e referências. Limitado a 2.000 palavras, excluindo-se desta contagem o título, resumos, agradecimentos, tabelas, legendas das figuras e referências. Máximo de 10 referências.

Agradecimentos e Financiamentos

Agradecimentos e/ou indicação das fontes de apoio da pesquisa, devem ser informados ao final do artigo.

Agradecimentos: Contribuições de pessoas que prestaram colaboração ao trabalho, mas que não preencheram os requisitos para participarem da autoria. Portanto, devem constar nos "Agradecimentos", no final do texto.

Para a composição do texto a REAS adota as normas de publicação no Estilo Vancouver.

Artigo: O artigo poderá ser apresentado em português, espanhol ou inglês.

O preenchimento dos Metadados é obrigatório. Sem o completo preenchimento não será possível o manuscrito prosseguir para primeira etapa de avaliação.

Metadados: No sistema da submissão (Metadados), apresentar os nomes completos de todos os autores (sem abreviações), ORCID, URL doattes, instituição de origem/afiliação, cidade e estado sede da instituição de origem, país, resumo da biografia (formação, maior titulação, endereço completo do autor responsável pela correspondência, bem como e-mail).

URL: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer>

Endereço: Rua Getúlio Guaritá Nº 107 – Uberaba – MG - Brasil CEP: 38025-440

Fone: +55 34 3700 6610 E-mail: rev.reas@uftm.edu.br

A – Estrutura do texto:

- Introdução:** deve ser sucinta, evidenciando conhecimento do autor sobre o tema incluindo as referências pertinentes, finalizando com o problema de pesquisa, apresentando as hipóteses e o objetivo do estudo.
- Método:** informar o tipo de estudo, as fontes dos dados e/ou local do estudo, a população e a amostragem estudada, os critérios de seleção dos sujeitos, instrumentos e outros recursos usados para a coleta dos dados, os procedimentos éticos e a análise dos dados.
- Resultados:** apresentar objetivamente os dados obtidos no estudo em foco. O texto deve complementar sem repetir o que está descrito em tabelas e figuras.
- Discussão:** explorar todas as contribuições do estudo, comparando seus achados com a literatura científica. Apresentar a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e implicações para a prática da Enfermagem e para a atenção à saúde, bem como, para novas pesquisas sobre esta temática.
- Observação:** em manuscritos baseados em pesquisa qualitativa admite-se a apresentação conjunta de resultados e discussão.
- Conclusões:** apresentar afirmações baseadas apenas nos dados do estudo, mostrando o alcance dos resultados. Apresentar limitações, generalizações e novas hipóteses. Não incluir citações.

B – FORMATAÇÃO:

- O texto deverá ser gravado no formato:
 - **.doc** ou **.docx**;
 - letra **Times New Roman, 12, em todo o texto**;
 - espaço **1,0** para os **resumos** (nas três línguas);
 - espaço **1,5** para **introdução, método, resultados, discussão e conclusões**;
 - espaço 1,0, fonte **10**, para **citações**;
 - espaço **1,0** para referências; **alinhar à esquerda**;
 - **parágrafos** alinhados em **1,0 cm**;
 - papel **A4** (210 x 297);
 - **margens** de **2,5** de cada lado;
 - **Não usar destaques no texto**.
- Título Português, inglês e espanhol** – nesta ordem, se artigo em língua portuguesa; **Inglês, português, espanhol** – nesta ordem, se artigo em língua inglesa; **Espanhol, português, inglês** – nesta ordem, se artigo em língua espanhola.
O título deve ser informativo e conciso, com **até 15 palavras**, sem abreviaturas, siglas ou nomes de localidades.
O **título** deve ser grafado em **letras maiúsculas, centralizado**.
- Autoria:** No sistema da submissão (Metadados), apresentar os nomes completos de todos os autores (sem abreviações), ORCID, URL doattes, instituição de origem/afiliação, cidade e estado sede da instituição de origem, país, resumo da biografia (formação, maior titulação, endereço completo do autor responsável pela correspondência, bem como e-mail).



4. **Resumo:** deve ser estruturado, informando o objetivo, método, resultados, e conclusões em **até 150 palavras**. Deve ser apresentado em **3 versões** (Resumo, Abstract e Resumen, nesta ordem para os artigos com texto em português, e Abstract, Resumo e Resumen, quando o texto estiver em inglês; Resumen, Resumo e Abstract quando o texto estiver em espanhol).
5. **Descritores:** De **3 a 5 descritores**, em conformidade com o DeCS (<http://decs.bvsahud.org/>), nos 3 idiomas.
6. **Tabelas e/ou Figuras** (no máximo 5) devem ser inseridas no texto, logo após serem mencionadas, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos. O título deve ser breve. As tabelas devem conter dados imprescindíveis e com valores representativos, sem traços internos. Caso as figuras (fotos, mapas, desenhos e outros) sejam extraídas de outros estudos, devem obter autorização e citar a fonte.
7. **Siglas e abreviaturas:** os termos por extenso devem preceder sua primeira apresentação no texto.
8. **Não** utilizar Notas de rodapé.
9. Citações *ipsis litteris* devem ser apresentadas com aspas, em letra de texto.
10. Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em *itálico*, tamanho 10, na sequência do texto, identificando os sujeitos por códigos.
11. As referências bibliográficas devem ser indexadas na literatura científica, não podendo ser usados resumos. Deverão ser apresentadas, **no texto, sem parêntesis, em sobrescrito, numeradas consecutivamente** (separar **sequenciais com traço e intercaladas com vírgula**), tendo por base as **normas de Vancouver** (<http://www.icmje.org>). Respeitar o limite máximo de referências permitidas para cada categoria de artigo. Devem ser atualizadas e pertinentes ao tema do estudo.
12. As **referências**, no texto, serão numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela 1ª vez no texto.
13. As **referências**, de acordo com as normas de **Vancouver**, devem ser apresentadas como no exemplo abaixo. No caso de citações inseridas no texto, o **número da citação** se apresenta **antes da vírgula**, quando houver. Nas citações **ao final do parágrafo**, o número da citação aparece **após o ponto final**:

Trabalhos educativos com as usuárias devem também abordar a capacidade e o respaldo legal desses profissionais para realizarem o procedimento. O MS ressalta que o ECCU pode ser realizado por médico ou enfermeiro durante a consulta ginecológica⁷, mas é importante possuir capacidade para sua prática.²²

14. O **endereço eletrônico é obrigatório** para todas as referências de documentos extraídos da Internet, bem como o **DOI**.
15. Incluir na submissão o **protocolo** de aprovação do **Comitê de Ética em Pesquisa**, quando for pesquisa, como **documento complementar**.
16. Incluir na submissão o **Formulário Individual de Declarações**, como **documento complementar**.
17. O **manuscrito** deverá ser **submetido** no sistema da revista **sem o nome dos autores**, e incluída a página de rosto em **documentos suplementares**.
18. A submissão será realizada online, pelo site:”

[http://seer.uftm.edu.br/revista"eletronica/index.php/enfer](http://seer.uftm.edu.br/revista)

URL: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer>

Endereço: Rua Getúlio Guaritá Nº 107 – Uberaba – MG – Brasil CEP: 38025-440

Fone: +55 34 3700 6610 E-mail: rev.reas@uftm.edu.br

19. Dúvidas podem ser encaminhadas à secretaria, no e-mail rev.reas@uftm.edu.br.

Notas sobre as referências: serão permitidas, no máximo, a utilização de 30% das referências na forma de livros, dissertações ou teses.

C- Referências de acordo com as normas de Vancouver (exemplos):

PERIÓDICOS

Artigo padrão

Andrade EV, Barbosa MH, Barichello E. Avaliação da dor em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(2):224-229.

Artigo com mais de 6 autores

Bhattacharyya S, Crippa JA, Allen P, Martin-Santos R, Borgwardt S, Fusar-Poli P et al. Induction of psychosis by Δ^9 -Tetrahydrocannabinol reflects modulation of prefrontal and striatal function during attentional salience processing. *Arch Gen Psychiatr.* 2012; 69(1):27-36.

Artigo em número especial ou suplemento

Camargo FC, Iwamoto HH, Oliveira LP, Oliveira RC. Violência autoinfligida e anos potencias de vida perdidos em Minas Gerais, Brasil. *Texto & Contexto Enferm.* 2011; 20 Esp 1:100-7.

Artigo em periódico eletrônico

Simões ALA, Maruxo HB, Yamamoto LR, Silva LC, Silva PA. Satisfação de clientes hospitalizados em relação às atividades lúdicas desenvolvidas por estudantes universitários. *Rev Eletrônica Enferm.* [Internet]. 2010 [citado em 15 mar 2012]; 12(1):107-12. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a13.htm>

Artigo provido de DOI

Tavares DMS, Reis NA, Dias FA, Lopes FAM. Diabetes mellitus: fatores de risco, ocorrência e cuidados entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2010 [citado em 23 jun 2017]; 23(5):671-76. doi:/10.1590/S0103-21002010000500014

LIVROS E TESES E OUTRAS MONOGRAFIAS

Livro padrão

Baptista MN, Campos DC. Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: LTC; 2007. 299p.

Capítulo de livro

Grabois V, Ferreira SCC. Gestão em Saúde: perspectivas e desafios para a construção da integralidade. In: Ferreira SCC, Moken MM, organizadores. *Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade.* Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p.157-71

Livro sem autor/organização. Este modelo é de referência com autoria Institucional. Para livro sem autoria, a entrada é pelo título.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo. São Paulo: CREMESP; 2010.

Livro sem autor/organização.

Atualização terapêutica 2007: manual prático de diagnóstico e tratamento. 23ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007. 2242p.

URL: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer>

Endereço: Rua Getúlio Guaritá Nº 107 – Uberaba – MG - Brasil CEP: 38025-440

Fone: +55 34 3700 6610 E-mail: rev.reas@uftm.edu.br

Teses, dissertações e trabalhos de conclusão (citar, preferencialmente, os artigos decorrentes desta produção)

Gomes NS. Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama há pelo menos um ano. [dissertação]. Uberaba, MG: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2011. 81p.

Anais de evento

Fernandes RLV, Freitas GV, Dias AA, Evangelista DR, Moura ERF. Implantação da consulta de enfermagem em planejamento familiar. In: 63º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 6-11 out 2011; Maceió, Alagoas. Maceió: CBEEn; 2011. v. 1. p. 12518-21.

AUTORIA INSTITUCIONAL E LEGISLAÇÃO

Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

World Health Organization. Violence against women: a priority health issue. Geneva: WHO; 1997.

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução 196, de 10 de outubro 1996 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CONEP; 1996.

Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior (Brasil). Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. D.O.U. [Internet], Brasília, DF, 09 nov 2001 [citado em 15 mar 2012]; Seção 1(215):37. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=37&data=09/11/2001>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Sítio cirúrgico: critérios de infecções relacionadas à assistência à saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [citado em 15 mar 2012]. 19 p. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. D.O.U., Brasília, DF, 29 mar 2006; Seção 1(61):71.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

Painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal [Internet]. In: Ministério da Saúde (Brasil), DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Portal da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>.

Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior (Brasil). Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001 [Internet]. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. D.O.U. [Internet], Brasília, DF, 09 nov 2001 [citado em 15 mar 2012]; Seção 1(215):37. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=37&data=09/11/2001>

URL: <http://seer.ufmt.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer>

Endereço: Rua Getúlio Guaritá Nº 107 – Uberaba – MG – Brasil CEP: 38025-440

Fone: +55 34 3700 6610 E-mail: rev.reas@uftm.edu.br