



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DOS PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ILDA KANDICE RODRIGUES SENA

**PERFIL DE INTERNAÇÕES EM SAÚDE DA MULHER REALIZADOS EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

CAJAZEIRAS – PB

2019

ILDA KANDICE RODRIGUES SENA

**PERFIL DE INTERNAÇÕES EM SAÚDE DA MULHER REALIZADOS EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Esp. Rafaela Rolim de Oliveira.

Co-orientadora: Prof^ª. Me. Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista.

CAJAZEIRAS – PB

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-046
Cajazeiras - Paraíba

S478p Sena, Ilda Kandice Rodrigues.
Perfil de internações em saúde da mulher realizadas em um Hospital
Universitário / Ilda Kandice Rodrigues Sena. - Cajazeiras, 2019.
63f.: il.
Bibliografia.

Orientador: Prof. Esp. Rafaela Rolim de Oliveira.
Coorientadora: Profa. Ma. Jessika Lopes Figueiredo Batista.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2019.

1. Assistência à saúde da mulher. 2. Internações femininas. 3. Hospital
universitário – atendimentos femininos. 4. Atendimento especializado. I.
Oliveira, Rafaela Rolim de. II. Batista, Jessika Lopes Figueiredo Pereira.
III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de
Professores. V. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 613.99

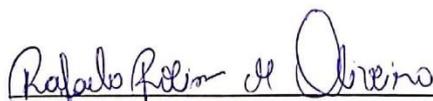
ILDA KANDICE RODRIGUES SENA

**PERFIL DE INTERNAÇÕES EM SAÚDE DA MULHER REALIZADOS EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

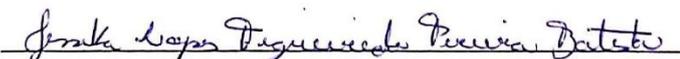
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em três de dezembro de 2019.

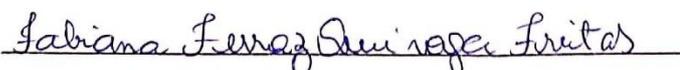
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Esp. Rafaela Rolim de Oliveira (Orientadora)
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof.^a Me. Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista (Co-orientadora)
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof.^a Dra. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas (Membro)
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, por sempre me guiar nos momentos difíceis e fortalecer diariamente minha fé, força e foco. Aos meus pais Maria José Rodrigues e Canindé Sena por seu amor incondicional, apoio e incentivo e ao meu noivo Wagner Rêgo, por acreditar nos meus sonhos e por me ajudar a realiza-los, por ser luz nos momentos de escuridão, assim como por seu amor, companheirismo, apoio e por sempre está do meu lado me motivando a ser cada dia melhor.

Com amor, DEDICO!

AGRADECIMENTOS

Aqui registro meus agradecimentos a todos que se fizeram e se fazem presentes em minha vida, e que contribuíram diretamente ou indiretamente com a minha formação enquanto futura profissional, bem como enquanto pessoa.

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me dado forças para vencer esta etapa de minha vida, por tranquilizar meu espírito nos momentos difíceis vivenciados na minha trajetória acadêmica até então e por iluminar o meu caminho com sua infinita bondade. A caminhada não foi fácil, o Senhor sabe que por inúmeras vezes pensei que não fosse ser capaz de conseguir, a angústia afligia minha mente e minha alma, porém a fé que eu tenho em ti Senhor, foi o combustível para minha persistência e força, sem ti eu nada seria. Quando seguro na tua mão alcanço lugares impossíveis, tua presença me renova e me leva além. Por isso, rogo para que eu seja sempre capaz de ver a grandezas de suas bênçãos na minha vida. Obrigada Deus, não tenho palavras para expressar toda minha felicidade e gratidão por ter chegado até aqui e por todas as coisas boas que o Senhor me proporciona.

Agradeço a minha mãe Maria José, por seu amor incondicional, por acreditar nos meus sonhos, por chorar as minhas lágrimas, por sorrir com as minhas alegrias e por fazer de tudo que está ao seu alcance para tornar os momentos difíceis mais brandos. Por todas as suas orações e por sempre está do meu lado. E ao meu pai Canindé Sena, pois encheu meu coração de amor e esperança e me proporcionou a tranquilidade e o conforto que tanto precisava para vencer esta etapa. Obrigada por todo amor e incentivo durante toda a minha vida, especialmente nesta jornada de amadurecimento e qualificação profissional. Toda vitória minha sempre será também de vocês, dedico este trabalho e toda minha gratidão a vocês meus pais que eu tanto amo.

Agradeço ao meu noivo Wagner Rêgo, por ser meu companheiro e amigo, que com amor, paciência e compreensão me acompanhou nesta tão sonhada jornada, me oferecendo suporte e ajuda nos momentos em que precisei sem os quais não teria sido possível a conclusão desta caminhada. Você é luz, sempre proferiu palavras de incentivo, otimismo e orgulho ao me incentivar a buscar por meus objetivos e me ajudar a seguir em frente mesmo quando a caminhada se torna difícil. Por isso, só tenho a te agradecer por acreditar e lutar comigo pelos meus sonhos e objetivos, por não medir esforços para me ver feliz. Você torna minha vida mais leve, traz paz para minha alma e felicidade ao meu coração com todo seu amor, zelo e cumplicidade por isso dedico a você este trabalho e todo meu amor! Eu te amo.

À irmã Ianny Kelly pelas palavras de ânimo e preocupação. A minha família meu agradecimento por não terem duvidado das minhas capacidades e assim tornaram possível a realização do meu grande objetivo, em especial meu padrasto Edivan Silva, meus avós Nair Rodrigues e Edilson Martins, meu tio Gustavo Rodrigues, a minha tia Luiza Rodrigues e meus padrinhos Geraldo Rodrigues e Elaine Nunes. Vocês são muito importantes para mim e por isso quero agradecer por se preocuparem com meu bem-estar, por torcerem e vibrarem com minhas vitórias, por sentirem orgulho da minha pessoa e por todo carinho para comigo. Sei que do jeito de vocês, cada um só deseja me ver feliz e estabilizada. Vocês moram no meu coração.

Agradeço a minha tia Fátima Sena, por todo seu amor e cuidado. Tia, a senhora é muito especial em minha vida, sou muito feliz por te ter como tia e por ter crescido com sua presença! Obrigada por sempre estar do meu lado me apoiando, ajudando e incentivando, obrigada por esse laço tão bonito que temos, o qual me permite se sentir tão bem e a vontade para compartilhar contigo qualquer situação da minha vida. Não imagina como a senhora me ajudou e ajuda a ser uma pessoa melhor, por sempre ver o meu melhor, por sempre acreditar que posso ir além.

À minha querida professora Rafaela Rolim, minha orientadora e amiga pela confiança em mim depositada durante este trabalho e por compartilhar experiências e conhecimentos com respeito, dedicação e carinho. A senhora sem dúvidas foi essencial para conclusão desta pesquisa, seus ensinamentos, sua dedicação, paciência e palavras de motivação me ajudaram a concluir com maestria essa obra. Há pessoas que têm o poder de marcar as nossas vidas, sem dúvidas é uma destas pessoas, pois mais que uma professora, tem o dom de ensinar com simplicidade, consegue despertar a curiosidade a vontade de sempre aprender mais. A senhora minha estimada professora, se destaca a onde chega não só por seu imenso potencial, mas também por seu jeito humano, simples, cativante e extrovertido. Sou grata a Deus por colocado no meu caminho um ser humano como a senhora, uma profissional altamente capacitada e uma pessoa maravilhosa, cuja qualidades são infinitas.

À minha co-orientadora professora Jessika Lopes, por sua confiança e imensa dedicação. A senhora sempre acreditou na minha competência e soube me amparar nos momentos difíceis. Obrigada por fazer do aprendizado não um trabalho, mas um contentamento, por afastar o medo das coisas que eu pudesse não compreender, levando-me pôr fim a compreendê-las, por todos os incentivos, compreensão, por sempre está disposta a ajudar. Obrigada por me mostrar que sou melhor do que suspeitava. É preciso dizer que se tornou bem mais que uma professora, se tornou uma amiga, a qual eu tenho um imenso

carinho, respeito e admiro muito como pessoa e profissional. Te agradeço por compartilhar seu tempo, sabedoria, experiência e por todo seu carinho e amizade.

À minha querida professora Edineide Nunes, por me instigar a ser melhor como pessoa e profissional e por sempre se fazer disponível para me atender mesmo sua vida sendo tão corrida. A senhora sem dúvidas se tornou muito especial, sempre lembrarei com carinho dos nossos momentos e do seu jeito meigo, carinhoso, sincero, carismático e muitíssimo educado. A senhora é uma profissional altamente qualificada e um ser humano encantador, sem dúvidas é merecedora de tudo de bom que esse mundo tem a oferecer. Obrigado por tudo, sempre vou lembrar da senhora me dizendo: Kandice, minha florzinha você tem um grande potencial, só precisa acreditar mais em você e controlar a sua ansiedade, quando conseguir fazer isso você irá longe, conseguirá tudo que almeja.

Aos meus amigos que dividiram este momento comigo e tornaram a caminhada mais leve, pelo carinho, frases de motivação, compreensão e bons momentos vividos, em especial Millena Cartaxo e Cláudia Cartaxo que durante essa jornada árdua compartilharam comigo momentos de tristezas, alegrias, angústias, ansiedade e não importava qual fosse a ocasião sempre estiveram ao meu lado me apoiando e me ajudando. Millena, obrigada por todo carinho, paciência e pelos momentos que tanto aprendemos juntas. Vocês me acolheram, me tornaram parte de sua família, o vínculo construído ultrapassou o limite da amizade e nos tornou família, então por todo carinho para comigo o meu muito obrigada.

Aos professores, que contribuíram diariamente para construção do meu conhecimento, pelo seu empenho e a confiança que ajudaram a me fazer crescer profissionalmente e desta forma se tornaram importantes na minha jornada acadêmica.

“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.”

Mahatma Gandhi.

SENA, Ilda Kandice Rodrigues. **Perfil de internações em saúde da mulher realizados em um hospital universitário**. 2019. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2019.

RESUMO

No século XX, a assistência à saúde para o público feminino se resumia a atendimentos durante a gravidez e o parto, não satisfeitas elas começaram a lutar para serem assistidas durante todas as fases de sua vida, mediante a este cenário de lutas as mulheres conseguiram ser vistas como sujeitos de direitos cujas necessidades ultrapassavam o momento gravídico puerperal e devido à essas reivindicações hoje tem acessos a uma assistência integral. Essa assistência viabiliza acesso a todos os níveis de atenção à saúde, ou seja, nível primário, secundário e terciário com intuito de garantir uma assistência de qualidade, eficaz e de acordo com cada necessidade existente. Objetivou-se avaliar o perfil de internações realizados na área de saúde da mulher em um Hospital Universitário. Tratou-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, epidemiológico e retrospectivo, com a abordagem quantitativa e caráter documental. O estudo foi realizado, no Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello, na cidade de Cajazeiras, Paraíba. A amostra foi constituída por 80 registros de mulheres atendidas no serviço ambulatorial especializado do serviço de saúde, cadastradas no BI e AGHU durante o período de agosto de 2018 a agosto de 2019. Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2003 e para tabulação e confecção das tabelas foi utilizado o Microsoft Word (2010), os quais foram analisados por intermédio da estatística descritiva simples. A pesquisa seguiu respeitando os aspectos éticos presentes na Resolução nº 466/12. O presente estudo evidenciou que houve predominância de mulheres com faixa etária entre 30 a 40 anos seguido por 41 a 51 anos, de raça branca, casada e com ensino fundamental incompleto, prevalecendo internações na área ginecológica, cujos diagnósticos mais prevalentes foram de cistos ovarianos, hiperplasia glandular endometrial e pólipos do corpo do útero. Por meio da pesquisa, é perceptível que a especialidade ginecológica tem um alto percentual de atendimentos/internamentos, demonstrando a importância do serviço especializado para a população. Portanto, espera-se que o presente estudo proporcione o aprimoramento e a qualificação da assistência na atenção secundária e primária de saúde.

Palavras-chave: Assistência à Saúde da mulher. Internamento. Atendimento especializado.

SENA, Ilda Kandice Rodrigues. **Profile of women's health admissions to a university hospital**. 2019. 63f. Course Conclusion Paper (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2019.

ABSTRACT

In the twentieth century, health care for the female audience was limited to care during pregnancy and childbirth, unfulfilled they began fighting to be assisted during all stages of their lives, through this scenario of struggles women were able to be seen as subjects of rights whose needs surpassed the puerperal pregnancy moment and due to these claims today has access to comprehensive care. This assistance provides access to all levels of health care, ie primary, secondary and tertiary levels, in order to ensure quality care, effective and in accordance with each need. The objective of this study was to evaluate the profile of hospitalizations performed in the area of women's health in a University Hospital. It was a descriptive, exploratory, epidemiological and retrospective study, with a quantitative approach and documentary character. The study was conducted at the Júlio Maria Bandeira de Mello University Hospital, in the city of Cajazeiras, Paraíba. The sample consisted of 80 records of women attended at the specialized outpatient service of the health service, registered at BI and AGHU from August 2018 to August 2019. Data were stored in a Microsoft Office Excel 2003 spreadsheet and Microsoft Word (2010) was used to tabulate and make tables, which were analyzed using simple descriptive statistics. The research continued respecting the ethical aspects present in Resolution No. 466/12. The present study showed that there was a predominance of women aged 30 to 40 years followed by 41 to 51 years, white, married and with incomplete elementary school, prevailing hospitalizations in the gynecological area, whose most prevalent diagnoses were ovarian cysts, Endometrial glandular hyperplasia and polyp of the body of the uterus. Through research, it is noticeable that the gynecological specialty has a high percentage of care / hospitalizations, demonstrating the importance of specialized service for the population. Therefore, it is expected that the present study provides the improvement and qualification of assistance in secondary and primary health care.

Keywords: Women's Health Care. Internment. Specialized service.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Distribuição dos dados sociodemográficos da amostra. Cajazeiras, Pb.....	30
Tabela 02 – Distribuição de internações de acordo com o município de origem das pacientes. Cajazeiras, Pb.....	32
Tabela 03 – Distribuição de internações de acordo com a especialidade. Cajazeiras, Pb.....	34
Tabela 04 – Distribuição de internações por diagnósticos. Cajazeiras, Pb.....	37

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

AIMS – Atenção Integral à Saúde da Mulher

APS – Atenção Primária à Saúde

BI – Business Intelligence

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DANT'S – Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis

DCV – Doenças Cardiovasculares

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HUJB – Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HUFs – Hospitais Universitários Federais

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção em Saúde

RM – Ressonância Magnética

SI – Sistema de Informação

SUS – Sistema Único de Saúde

SUA – Sangramento Uterino Anormal

SOP – Síndrome dos Ovários Policísticos

UFMG – Universidade Federal de Campina Grande

UBS – Unidade Básica de Saúde

USV TV – Ultrassonografia Transvaginal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	18
3.2 PRINCIPAIS CAUSAS DE ADOECIMENTO EM SAÚDE DA MULHER	19
3.3 ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE DA MULHER	20
3.4 PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM SAÚDE DA MULHER NA ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA.....	22
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	27
4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO.....	27
4.2 LOCAL DA PESQUISA	27
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	28
4.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	29
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	29
4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	31
5.2 DADOS ESPECÍFICOS DO ESTUDO	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICE	52
APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	53
ANEXOS	55
ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR	56
ANEXO B- TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE	57
ANEXO C- TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	58
ANEXO D - TERMO DE ANUÊNCIA.....	59
ANEXO E- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	60

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada as políticas públicas nas primeiras décadas do século XX, mantendo-se limitadas somente a assistência durante a gravidez e parto. Não satisfeitas com este cenário as mulheres começaram a lutar para serem assistidas durante todas as fases de sua vida. Assim, de acordo com as mesmas, as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres também contribuía em problemas de saúde que afetavam particularmente o público feminino. Por isso, se tornou necessário buscar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e conseqüentemente na qualidade de vida do público em questão (GAMA, 2009; BRASIL, 2004).

Com relação a essa busca por mudanças, as mulheres começaram a reivindicar sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que ultrapassam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem melhoria das condições de saúde em todos os ciclos da vida. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridas (BRASIL, 2011).

Essa procura por melhorias é essencial, uma vez que, na sociedade constantemente ocorre profundas transformações no estilo de vida da população feminina, esse processo de mudança de hábitos e comportamentos associados às desigualdades sociais propicia condições favoráveis à elevação da morbimortalidade por Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (DANT's). Desse modo, contribuem para este quadro, as elevadas prevalências de fatores de risco tais como: sedentarismo, obesidade, tabagismo, uso abusivo de álcool e outras drogas, que sabidamente estão associados ao aumento da incidência das doenças cardiovasculares (DCV), cânceres, diabetes, doenças respiratórias e as causas externas (acidentes de trânsito e violências) (GOMES *et al.*, 2017).

De acordo com os autores supracitados, neste grupo a principal causa de óbitos é as DCV, seguido pelas neoplasias de mama, intestino, colo do útero, pulmão e estômago. Quanto à morbidade, nas principais causas de internação destacam-se as internações por gravidez, parto e puerpério. No entanto, é importante frisar que, as doenças não transmissíveis também estão entre as primeiras causas de internação, seguidas das doenças do aparelho respiratório e circulatório, doenças do aparelho digestivo, endócrinas e metabólicas, respectivamente.

Diante desse cenário, objetivando garantir os direitos humanos e à saúde às mulheres bem como reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis foram implementadas políticas públicas para amparar este público, sendo criado em 1984 pelo

Ministério da Saúde (MS), o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) marcando uma ruptura conceitual na assistência à população feminina por propor assisti-la em todos as fases de sua vida (BRASIL, 2004).

É perceptível que antes da implementação do PAISM as histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, é necessário o entendimento de que a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar (PEREIRA; MACHADO, 2016).

De acordo com Gama (2009), a fim de melhorar as condições de saúde das mulheres e garantir ainda melhor qualidade de vida as mesmas, o MS instituiu em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à da Saúde da Mulher (PNAISM). Neste aspecto, é fundamental ressaltar que, tanto esta política quanto o PAISM revolucionaram o atendimento à mulher, uma vez que, permitiram ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde do público feminino no Sistema Único de Saúde (SUS), e promover a melhoria das condições de vida e saúde das brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro (BRASIL, 2011).

Portanto, é relevante salientar que para se alcançar a integralidade na assistência à saúde da mulher é preciso garantir que elas tenham acesso a todos os níveis de atenção à saúde, ou seja, ao nível primeiro, secundário e terciário. Logo, para garantir uma assistência integral, de qualidade e que seja capaz de solucionar ou minimizar os problemas de saúde é fundamental a atuação dos serviços especializados (CANONICI, 2014).

Sobre a assistência especializada de média complexidade ambulatorial ou nível de atenção secundária, esta pode ser definida como ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (MENDES *et al.*, 2007).

Neste sentido, considerando todo o contexto acerca da saúde da mulher, bem como os atendimentos ofertados e a necessidade de internações de acordo com cada especificidade a este público nos serviços especializados, surge o seguinte questionamento: Qual o perfil de internamentos realizados em saúde da mulher em um ambulatório especializado?

O interesse de se trabalhar com a temática em questão emergiu mediante a finalidade de avaliar as principais patologias que acometem o público feminino, já que por meio da

caracterização do perfil de internamentos é possível identificar doenças que poderiam ser evitadas na assistência prestada pelos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), no entanto, devido a lacunas no atendimento bem como deficiências no autocuidado, necessitaram de atendimento especializado.

Desse modo, o estudo torna-se relevante, pois permite a avaliação dos serviços de saúde, principalmente no que condiz ao nível de atenção primário e possibilita a partir dos resultados encontrados, que os profissionais atuantes na APS busquem se qualificar, efetivando suas ações de promoção e prevenção de agravos evitáveis a partir do reconhecimento das demandas relacionadas à saúde da população feminina, afim de minimizar o encaminhamento dessas mulheres para serviços especializados, bem como proporciona aos acadêmicos e profissionais da área da saúde o reconhecimento acerca das principais problemáticas que acometem o público feminino, para que estes sejam capazes de aprimorar e qualificar a sua assistência na atenção secundária.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o perfil de internações realizadas na área de saúde da mulher em um Hospital Universitário.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os dados sociodemográficos das mulheres que foram submetidas à internação;
- Verificar a prevalência de internamentos segundo especialidade;
- Identificar as principais causas de internamentos realizado no âmbito ambulatorial ginecológico e cirúrgico.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Neste momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (ASSIS *et al.*, 2013).

Neste contexto, diante da representatividade dos problemas relacionados à saúde da mulher no Brasil, tais como mortalidade materna, aborto, gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis (IST), o Ministério da Saúde (MS) cria em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM enquanto política de saúde surge como resposta aos problemas de saúde e às necessidades da população feminina (GOMES *et al.*, 2017).

Desta forma, o PAISM, foi anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de "atenção integral à saúde das mulheres" (AISM). Esse conceito implica o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução (BRASIL 2011). Esse programa também representou a primeira iniciativa do MS de incluir o planejamento familiar nas ações de atenção à saúde da população feminina.

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando assistência em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de

útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

É importante destacar que de acordo com Brasil (2001, p. 17,18):

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Visando ao enfrentamento dos problemas relacionados a sua implantação, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios.

Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e de mama (BRASIL, 2001).

Assim sendo, para garantir o acesso às ações de maiores complexidades é preciso que as mulheres sejam referenciadas a atenção especializada, que pode ser definida como o segundo nível de entrada dos cidadãos à assistência e opera como referência da Atenção Primária. Este nível de atenção também deve se corresponsabilizar pelos usuários ao garantir suporte assistencial e consultora aos processos de cuidados desenvolvidos pela Atenção Básica (CANONICI, 2014).

Numa perspectiva geral, ainda em conformidade com o autor supracitado, a atenção especializada compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que incorporam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade.

3.2 PRINCIPAIS CAUSAS DE ADOECIMENTO EM SAÚDE DA MULHER

Diante do exposto, agora é necessário ter uma visão global de como vivem atualmente as mulheres e de como as desigualdades sociais, econômicas e culturais influenciam o seu processo de adoecer e morrer, para isto é fundamental refletir sobre as principais causas de adoecimento na área de saúde da mulher.

As mulheres no decorrer dos últimos anos têm ocasionado várias alterações no quadro social brasileiro, isso em virtude de mudanças em seu papel perante a sociedade! Como a redução da taxa de fecundidade, a crescente participação no mercado de trabalho e o

aumento da escolaridade, com participação cada vez mais ativa na contribuição da renda familiar. Entretanto, as mulheres ainda ocupam lugares de submissão, vivendo desprivilegiadas elas acabam passando por condições bastante precárias de vida e de trabalho, e isso ocasiona implicações graves no processo saúde-doença (BRASIL, 2011).

Por se encontrar com mais frequência em situação de pobreza, trabalhar mais horas e gastar pelo menos a metade do tempo de que dispõem com atividades não-remuneradas, elas ficam mais vulneráveis e resta-lhes pouco tempo para o cuidado consigo mesma (COELHO e PORTO 2009).

Nesta perspectiva de acordo com Moreira e Pinho (2013), no Brasil, as principais causas morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral. As neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero. As doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrendo casos de aids não diagnosticados). Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes e as causas externas.

Existe uma variedade de doenças que atingem as mulheres, e logicamente todas necessitam de atenção e atendimento médico para garantir um bom prognóstico e conseqüentemente uma boa qualidade de vida para este público. Sendo assim, segundo Amâncio; Schmidt; Cotrim (2013), entre essas doenças que merecem destaque estão as doenças sexualmente transmissíveis (DST), que são a candidíase, tricomoníase, gonorreia, sífilis, AIDS, corrimento e as cistites.

Ainda em conformidade com esses autores eles afirmam que DST, são as que se adquire pelo ato sexual e, neste caso, o casal deve ser tratado e as relações sexuais evitadas, ou deve ser utilizado preservativo, evitando a retransmissão.

3.3 ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE DA MULHER

Devido aos diversos problemas de saúde que resultam em morbidade e mortalidade da população feminina, é essencial a atuação dos serviços especializados em saúde para garantir uma assistência integral e de qualidade voltada para cada necessidade existente. Sendo assim, é importante enfatizar a necessidade de intervenções multissetoriais com a participação de uma equipe multidisciplinar para a prevenção e manejo das doenças, e desta forma dar a cada mulher a garantia de atingir a sua plenitude física e mental (PERREIRA e MACHADO, 2016).

Na atenção à saúde das mulheres, a integralidade é compreendida como a

concretização de práticas de atenção que garantam o acesso a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça, cor e classe no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (COELHO *et al.*, 2009).

Conforme o autor supracitado, a integralidade além de um princípio constitucional defendido como prerrogativa da humanização do cuidado em saúde, busca a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes do ser humano, valorizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais.

Desta maneira, é preciso destacar o importante papel dos sistemas de saúde tanto na cura, ou seja, nos tratamentos como na prevenção a nível individual. Sendo imprescindível para garantir a integralidade da assistência o acesso das usuárias a todos os níveis de saúde. Assim sendo, a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde é a Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que, está se encontra mais próxima da população por ter suas ações desenvolvidas nas unidades básicas de saúde (UBS). Também atua como centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (PEREIRA e MACHADO, 2016).

Em conformidade com os autores supracitados o nível secundário é caracterizado pelo o planejamento e execução de ações de média complexidade desenvolvidas nos ambulatorios especializados e ao nível terciário por ações de alta complexidade desenvolvidas em serviços hospitalares. Geralmente estes serviços são acionados nos casos em que são necessários recursos não disponíveis na APS, como profissionais especializados e recursos tecnológicos de maior densidade no apoio diagnóstico e terapêutico.

Neste cenário, é preciso destacar que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é a principal estratégia de ação básica do Sistema Único de Saúde (SUS), vem tendo impacto sobre os níveis de saúde devido tanto a expansão das ações de saúde como por utilizarem o sistema de referência e contrarreferência (AQUINO, 2006). Sistema este fundamental para que ocorra o direcionamento adequado aos níveis de atenção de acordo com a necessidade de cada mulher.

É importante expor que é um mecanismo indispensável para garantir tanto a qualidade como a eficácia do plano de cuidado, uma vez que este recurso garante e facilita a continuidade da assistência. O sistema de referência e contrarreferência representa uma mudança na forma de planejar a assistência, é uma forma de possibilitar o acesso dos usuários que procuram os serviços de saúde. Nesse sistema, o usuário que é atendido na unidade básica, quando necessário, é referenciado, ou seja, encaminhado para uma unidade de maior

complexidade, para que assim receba a assistência adequada a sua necessidade. Quando o atendimento na especialidade de necessidade é concluído, o sujeito deve ser contra referenciado, ou seja, o profissional deve encaminhar o paciente para a sua unidade de origem objetivando que a continuidade do atendimento seja feita (ALVES, 2015).

E isto sinaliza a importância da atenção primária como elemento básico do sistema de saúde e como importante elo do serviço especializado, uma vez que, ambos precisam funcionar em harmonia para garantir a qualidade de um conjunto de políticas e ações que interferem em determinantes que atuam sobre a saúde da população. Nesse contexto, a ação multiprofissional e a articulação intersetorial tornam-se essenciais na tentativa de atender as necessidades das usuárias (PEREIRA e MACHADO, 2016).

Os serviços especializados para garantir atendimento integral a saúde da mulher em geral, deve englobar o que tange tanto aos problemas não reprodutivos como aos problemas reprodutivos e sociais. A incorporação desses conceitos na prática cotidiana dos serviços certamente contribuiria para melhoria da assistência, com consequente impacto positivo na qualidade de vida das mulheres (PEDROSA, 2005).

Nesta perspectiva a assistência especializada deve atender as necessidades mais amplas em saúde e deve valorizar o contexto sócio histórico e cultural em que tais necessidades se apresentam. Sendo imprescindível a existência deste nível de atenção à saúde para assistir todas as especificidades do ciclo vital das mulheres (CANONICI, 2014).

3.4 PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM SAÚDE DA MULHER NA ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

A maioria das internações e atendimentos realizados pela população feminina, no ano de 2010 a 2011 foi relacionado a hipertensão arterial sistêmica (HAS), seguido por ginecologia, câncer do colo do uterino e das mamas e assistência pré-natal (PIMENTEL *et al.*, 2011).

A HAS é considerada um importante problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e baixas taxas de controle, contribuindo significativamente nas causas de morbidade e mortalidade cardiovascular. A HAS é caracterizada como uma doença crônica não transmissível, multifatorial representada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Nas mulheres o nível da pressão arterial pode ser influenciado por algumas situações

como o uso de contraceptivo, síndrome do ovário policístico, gestação, reposição hormonal e menopausa, podendo em algumas dessas situações levar ao aumento significativo da pressão arterial e ao desenvolvimento da HAS (SILVA *et al.*, 2016).

A autora Silva *et al.* (2016), expõe também em seu artigo que outras situações podem justificar esse aumento da pressão arterial nas mulheres, como a inserção deste grupo no universo doméstico e profissional. Dado que, o nível de estresse feminino está crescendo em virtude da maior atuação das mulheres no mercado de trabalho, o que acaba gerando sobrecarga devido a junção das exigências profissionais e as atribuições domésticas, isso explicaria os níveis mais elevados de estresse nas mulheres do que nos homens, sendo o estresse o fator relevante para o aumento da pressão arterial. Outro fator importante pode estar associado ao fato que o público feminino percebe seus problemas de saúde mais do que a população masculina, conseqüentemente buscam mais pelos serviços de saúde.

Sobre a consulta ginecológica, esta pode ser definida como um espaço amplo de produção de cuidado integral à saúde das mulheres. Ou seja, como um encontro entre usuária e profissionais de saúde que, além de contemplar uma abordagem clínica ampliada e atender às demandas previstas pelos programas e políticas de saúde dirigidas às mulheres, valoriza suas necessidades e singularidades de saúde para além das queixas, sinais e sintomas relacionados à sexualidade, à reprodução e à dimensão biofisiológica de sua saúde (FRIGO *et al.* 2016).

Entretanto, mesmo tendo apresentado acima que a consulta ginecológica é uma oportunidade de proporcionar cuidados amplos a saúde da mulher, isto é, assistir a usuária em sua integralidade ainda há, contudo, segundo Frigo *et al.*, (2016), evidências que as consultas priorizam aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino, se tornando este um ponto negativo da consulta. É relevante frisar que, a natureza íntima da consulta ginecológica pode inibir a paciente e deixá-la insegura, pois, Silva *et al.*, (2015), afirmam que a maioria das mulheres relata pelo menos um sentimento de apreensão antes da consulta, seja de medo, vergonha, ansiedade ou insegurança.

Perante o exposto é primordial explicar sobre os exames diagnósticos, dado que são uma ferramenta fundamental nas consultas e internações para garantir uma assistência de qualidade as pacientes já que proporciona segurança ao confirmar ou negar a hipótese diagnóstica médica ou de enfermagem permitindo assim que as usuárias obtenham o diagnóstico e tratamento correto (COSTA *et al.*, 2016).

Os exames diagnósticos estão entre os principais e mais utilizados recursos no apoio diagnóstico à prática clínica, o que traz repercussões importantes no cuidado ao paciente visto

que a demora para realização dos exames diagnósticos e conseqüentemente para o início do tratamento pode gerar conseqüências graves para as pacientes, entre essas conseqüências podem ser destacadas a diminuição das suas chances de cura e do tempo de sobrevivência. É fundamental destacar também que um tratamento iniciado tardiamente pode ocasionar prejuízos à qualidade de vida, uma vez que a paciente precisará ser submetida a abordagens mais agressivas, utilização de múltiplas modalidades terapêuticas e ficará mais susceptível a sequelas (PAIVA e CESSE, 2015).

A importância desses exames para a população feminina pode ser evidenciada dentre muitos exemplos na necessidade da detecção precoce do câncer do colo do útero e o câncer de mama, segundo Brasil (2011, p. 27 e 28):

A estimativa do número de casos novos de câncer de mama esperado para o Brasil, em 2008, foi de 49.400, com risco estimado de 51 episódios a cada 100 mil mulheres. Em relação ao câncer do colo do útero, o número de casos novos esperados para o mesmo ano foi de 18.680, com risco estimado de 19 a cada 100 mil mulheres.

Embora as ações de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama tenham aumentado nos últimos anos, elas têm sido insuficientes para reduzir a tendência à mortalidade das mulheres por esses cânceres. Pois, em algumas regiões do país o diagnóstico ainda é feito tardiamente estando esse motivo associado à razões como, a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e ações de saúde e a capacitação deficiente dos profissionais principalmente nos municípios de pequeno e médio porte. Além disso, existe a dificuldade dos gestores em definir um fluxo assistencial que proporcione a condução e referenciamento adequado dos casos suspeitos para investigação em outros níveis de assistência (BRASIL, 2007).

Logo a possibilidade de detecção precoce do câncer na população feminina coloca a prevenção em evidência como uma questão importante em relação à saúde da mulher. Assim, a detecção precoce por meio da prevenção é uma forte aliada na diminuição dos índices de mortalidade entre as mulheres (PELLOSO *et al.*, 2004).

Nesse cenário de prevenção e detecção precoce de agravos as consultas de pré-natal não poderiam deixar de ser abordada, o pré-natal compõe um momento de preparação para a maternidade que permite um espaço para a equipe de saúde desenvolver uma atenção de qualidade. A cerca disso, esta atenção de qualidade deve ser composta pela detecção precoce de situações de risco, qualificação do atendimento no período gravídico-puerperal e da acessibilidade aos serviços. Isto porque esses são fatores fundamentais na diminuição da mortalidade materna. (SANTOS *et al.*, 2015).

No que diz respeito a assistência durante o pré-natal, a maioria das gestantes não desenvolvem complicações durante o período gestacional, ou seja, 75% das gestantes desfrutam da gravidez sem preocupações com o seu quadro clínico. No entanto, 25% delas se tornam de alto risco e devido a isso faz necessário cuidados específicos envolvendo duas vidas a da gestante e de seu futuro filho. Portanto, é essencial tanto a detecção precoce desses riscos como implementação de medidas para evita-los, sendo este um dos objetivos principais da assistência ao pré-natal (COELHO e PORTO, 2009).

A classificação da necessidade de a gestante ser referenciada para o pré-natal de alto risco ou permanecer no de baixo risco é feita na Unidade Básica de Saúde (UBS), tendo em vista que em todas as gestações, o acompanhamento pré-natal inicia-se na unidade de saúde de referência de cada bairro do município de residência da gestante. Na primeira consulta de enfermagem ou no decorrer das consultas intercaladas entre o enfermeiro e o médico a gestante é classificada como baixo ou alto risco por meio da verificação dos antecedentes obstétricos, doenças ou agravos, condições individuais e sociodemográficas, condições clínicas pré-existentes ou alguma intercorrência clínica (COSTA, 2016).

A gravidez é definida como de alto risco quando há probabilidade de um resultado adverso para a mulher ou o feto devido a presença de fatores ou determinantes de risco. Esses riscos, em sua maioria, relacionam-se às doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez por causas orgânicas, biológicas, químicas e ocupacionais, como também devido às condições sociais e demográficas desfavoráveis (ERRICO *et al.*, 2018).

Neste caso, as gestantes são encaminhadas para o serviço especializado, ou seja, ao pré-natal de alto risco no qual terão assistência adequada ao seu quadro de saúde. Costa *et al.* (2016), relata que faz parte desta assistência especializada os exames laboratoriais que são imprescindíveis para o diagnóstico de doenças que podem ser prejudiciais ou até letais durante a gestação.

As gestações podem ser consideradas de baixo risco quando não há necessidade da utilização de elevadas tecnologias em saúde e quando a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral. Sendo necessário destacar que quando uma gravidez é definida como de baixo risco somente poderá ser confirmada essa definição ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério! Dado que, as alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo gestacional exigem avaliações continuadas e específicas em cada período da gestação (BRASIL, 2012).

A morte materna obstétrica acontece por causas evitáveis em mais de 90% dos casos. As principais causas são as infecções, doenças hipertensivas e hemorragias, todas preveníveis

e evitáveis. Para mudar esta realidade, é preciso criar uma linha de cuidados à mulher tanto durante a gestação como no puerpério, devendo este plano de cuidados ser desenvolvido por uma equipe multiprofissional, ser criado no coletivo. Isto implica pensar em como trabalhar com outros profissionais, isto é, de que maneira o trabalho de um determinado profissional interfere no do outro e vice-versa (COELHO e PORTO, 2009).

Desta forma, é essencial que a população feminina tenha cobertura em relação à prevenção dessas patologias, uma vez que a prevenção é um fator primordial no controle de agravos que inúmeras vezes se transforma em óbito.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, epidemiológico e retrospectivo, com abordagem quantitativa e caráter documental. O estudo descritivo promove análise, registro e interpretação dos fatos sem a interferência do pesquisador. Geralmente os dados são coletados pela aplicação de entrevista, questionário e observação sistemática. Tendo como finalidade descrever determinada população ou fenômeno, ou até mesmo o estabelecimento de relações entre variáveis (CASTILHO; BORGES; PEREIRA, 2014).

Segundo Zanella (2014), o estudo exploratório tem como finalidade aprofundar o conhecimento do pesquisador sobre o assunto estudado. Pode ser usado para facilitar na elaboração do instrumento da pesquisa ou para servir de base para construção de um novo estudo, ajudando a formular hipóteses ou na formulação mais precisa dos problemas do estudo.

Sobre o estudo epidemiológico este pode ser caracterizado como, o estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes ou eventos relacionados à saúde em específicas populações visando o controle dos problemas de saúde (CARVALHO; PINHO; GARCIA, 2017).

Se tratando do estudo retrospectivo, o mesmo está voltado para investigação de fatos que já aconteceram, podendo ser feito o uso desse estudo para retornar, do momento atual até um determinado ponto no passado ou até vários anos (FONTELLE, 2009).

A pesquisa quantitativa é aquela que se caracteriza pelo emprego de instrumentos estatísticos, tanto na coleta como no tratamento dos dados, e que tem como finalidade medir relações entre as variáveis. Neste estudo, o pesquisador procura medir e quantificar os resultados da investigação, elaborando-os em dados estatísticos (ZANELLA, 2013).

Já no que diz respeito à pesquisa documental, envolve a investigação em documentos internos ou externos de uma organização. Abrange a análise de arquivos públicos ou arquivos particulares ou fontes estatísticas (PANDANOV; FREITAS, 2013).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado na cidade de Cajazeiras, localizado na mesorregião do sertão paraibano, distante a aproximadamente 468 quilômetros da capital do estado, João Pessoa.

Está inserido territorialmente na 9ª Região de Saúde da Paraíba, constituída por Cajazeiras e 14 municípios, com população estimada de 62.187 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2018).

A pesquisa foi realizada mais precisamente no Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello, instituição oficialmente criada no ano de 2012. Todavia sua história inicia-se na década de 1970, com a criação do Hospital Infantil de Cajazeiras a partir da colaboração entre sociedade, órgãos municipais, estaduais e federais. Ao longo do tempo a referida instituição passou por alterações estruturais e gerenciais. Um importante marco em sua história ocorreu no ano de 2011, onde por meio de uma lei municipal o poder legislativo transferiu a posse à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E no ano de 2015 o mesmo foi vinculado a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que até o momento o gerencia (SILVA *et al.*, 2019).

De acordo com os autores referidos os serviços que o HUIJB oferta para a população feminina são internamentos de acordo com as necessidades, consultas ambulatoriais, acompanhamento de gestação de alto risco, exames de ultrassonografia, colposcopia, exames eletivos, procedimentos cirúrgicos, atendimento nas áreas de ginecologia e obstetrícia.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é definida como um conjunto de elementos que apresentam determinadas características em comum, sobre os quais se desejam informações, ou seja, o universo de estudo do pesquisador. Já a amostra é todo subconjunto de elementos retirado de uma população, para obter informações sobre a mesma (FRANKE, 2014).

A população do estudo foi composta por registros de mulheres internadas no serviço ambulatorial especializado do HUIJB, localizado no município de Cajazeiras-PB, cadastradas no Business Intelligence (BI) e Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) durante o período de agosto de 2018 a agosto de 2019, totalizando 82 internamentos. Enquanto que a amostra foi constituída por 80 registros que contemplaram os critérios de inclusão e exclusão.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Dentre os critérios de inclusão que foram empregados para selecionar a amostra do estudo estavam: registros de internações de mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, atendidas no período de agosto de 2018 a agosto de 2019 e registradas no BI e AGHU.

Foram excluídos da amostra, os registros das internações de mulheres que estavam com dados incompletos no aplicativo.

4.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foi utilizado um formulário elaborado previamente pelas pesquisadoras (APÊNDICE A), contendo questões referentes aos dados sociodemográficos, distribuição de internamentos por especialidade e distribuição por diagnóstico de acordo com a especialidade, dados estes coletados a partir do aplicativo AGHU utilizado no HUIB.

Este aplicativo se trata de um sistema que possui vários módulos que atendem as diversas áreas da assistência à saúde, facilitando e agilizando o atendimento dos pacientes. É um sistema de gestão hospitalar, com foco no paciente, que foi adotado como padrão para todos os Hospitais Universitários Federais (HUIFs) da rede EBSERH. Um dos pontos positivos deste aplicativo é que ele foi interligado ao módulo de BI, permitindo aos profissionais do serviço hospitalar acessar todas as informações de forma ágil e fácil, além de poder abstrair informações não adquiridas através dos relatórios (NOCE, 2017).

O AGHU permite aos HUIFs aprimorar tantos seus processos assistenciais como administrativos, além de oferecer aos pacientes diversos benefícios como o prontuário eletrônico e todas as vantagens inerentes ele (SIMÕES, 2011).

Para a coleta dos dados, inicialmente foi mantido contato com o setor de Gerenciamento de Ensino e Pesquisa (GEP), para autorização do estudo, a partir dos dados do sistema com as informações necessárias do serviço hospitalar. Após isso, mediante o acesso às informações, foi realizada uma leitura e análise preliminar das informações contidas no banco de dados a fim de possibilitar uma organização adequada das informações, para a seleção de variáveis relacionadas aos internamentos de mulheres atendidas no período de agosto de 2018 a agosto de 2019.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2003 e para tabulação e confecção das tabelas foi utilizado o Microsoft Word (2010), sendo os dados analisados por intermédio da estatística descritiva simples, discutidos à luz da literatura pertinente ao tema.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Esta pesquisa é um recorte da pesquisa maior intitulada: *Perfil clínico-epidemiológico e de qualidade da cobertura assistencial em um hospital universitário*, cadastrada na plataforma Brasil e submetido ao comitê de ética e pesquisa - CEP da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Centro de Formação de Professores-CFP, e formalmente autorizado pelo parecer nº 2.672.468 (Anexo A). A pesquisadora seguiu as observâncias éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), todos os preceitos éticos estabelecidos foram respeitados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta fase do estudo é apresentada a análise relativa aos 80 registros de internamentos, que serão apresentados em duas etapas, a primeira sobre a caracterização dos registros das mulheres que foram submetidas a internação, estando incluídos os dados sociodemográficos como idade, cor, escolaridade, estado civil e município de origem, e na segunda etapa os dados específicos referentes às especialidades e os diagnósticos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A Tabela 01 apresenta os dados sociodemográficos das participantes do estudo, abordando as variáveis idade, cor, escolaridade e estado civil.

Tabela 1- Distribuição dos dados sociodemográficos da amostra. Cajazeiras – Pb.

VARIAVEIS	N	%
IDADE		
19 a 29	6	7,5%
30 a 40	25	31,25%
41 a 51	24	30%
52 a 62	11	13,75%
63 a 73	14	17,5%
COR		
Branca	41	51%
Parda	37	46%
Negra	2	3%
ESCOLARIDADE		
1º Grau completo	6	7%
1º Grau incompleto	44	55%
2º Grau completo	16	20%
2º Grau incompleto	4	5%
Superior	6	8%
Superior incompleto	1	1%
Nenhum	2	3%
Ignorado	1	1%
ESTADO CIVIL		
Solteira	31	39%
Casada	43	54%
União estável	2	2%
Viúva	3	4%
Desquitada	1	1%
TOTAL	80	100%

Fonte: BI-AGHU/HUJB

Observou-se com relação à variável idade que as faixas etárias mais prevalentes são entre 30 a 40 anos representada por um total de 31,25%, seguido desse percentual está a faixa

etária de 41 a 51 anos que apresenta 30% dos casos. O que torna evidente que as mulheres nestas faixas etárias necessitam mais de assistência e isso pode estar associado a diversos motivos, a exemplo do estresse e horas excessivas de trabalho, por serem mulheres em idade economicamente ativas, e que na maioria dos casos também realizam os afazeres domésticos, mudanças orgânicas, estilo de vida, levando assim, a uma maior susceptibilidade ao desenvolvimento de doenças, como neoplasias, doenças do aparelho circulatório, respiratório, endócrinas, entre outras (MENDES, 2015).

Ainda de acordo com o autor supracitado, a assistência especializada possui papel fundamental no atendimento à essa população por ser um serviço de maior complexidade tecnológica, podendo oferecer assistência adequada com acompanhamento de uma equipe multidisciplinar de acordo com a necessidade de cada caso. A partir do exposto, é perceptível que por trabalharem mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o acesso delas aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde, isso pode aumentar o risco de possíveis problemas.

No que diz respeito aos dados referentes à cor houve uma predominância nas mulheres que se autodeclararam como branca e parda, evidenciado por uma taxa de 51% e 46% respectivamente. Esses dados convergem com o estudo de Pinheiro *et al.* (2014), no qual os autores evidenciam que a sua amostra, a maioria era constituída por mulheres brancas representado por 54,5% e parda correspondendo a 37,7%. No entanto, é importante ressaltar que no presente estudo a classificação da cor foi um fator limitante, pois a população brasileira é miscigenada e a informação foi autorreferida.

No que concerne à escolaridade das participantes, pode-se observar que houve uma prevalência significativa de baixa escolaridade, evidenciado por dados relevantes no que diz respeito à ensino fundamental incompleto e segundo grau completo, com 55% e 20% respectivamente, algo que pode afetar diretamente o auto cuidado, a absorção das orientações transmitidas e até mesmo na adesão do tratamento de patologias.

O baixo grau de instrução pode influenciar na realização de medidas preventivas e consequentemente na detecção precoce de determinadas doenças. Mulheres com maior escolaridade tendem a buscarem mais pelos serviços de saúde, buscam regularmente por avaliações do estado de saúde, assim como, é mais frequente realizar autoexames, seguir orientações repassadas, buscar por ações preventivas. Dessa forma, o público feminino com escolaridade baixa se torna mais susceptível devido à vulnerabilidade social e a carência de informações relevantes condizentes com o seu nível de compreensão e entendimento (PRIMO *et al.*, 2014).

No tocante ao estado civil, pode-se perceber que houve uma predominância nas que se apresentaram como casadas e solteiras, evidenciadas por uma taxa de 54% e 39% respectivamente. Esses dados vão de encontro com o estudo de Pinheiro *et al.* (2014), no qual os mesmos evidenciam que na sua amostra, a maioria era constituída por indivíduos casadas representadas por 60,6% e solteiras correspondendo a 32,7% da amostra.

No que se refere à variável município, a tabela 2 apresenta a distribuição de internamentos de acordo com o município de origem das usuárias. Dessa forma, constatou-se que de acordo com essa informação, a maioria dos registros de mulheres internadas são de residentes do município de Cajazeiras cidade sede do HUIB, seguido por Triunfo e Santa Helena.

TABELA 02- Distribuição de internamentos de acordo com o município de origem das pacientes. Cajazeiras-Pb.

MUNICÍPIO	N	%
Cajazeiras	45	56,25%
Triunfo	5	6,25%
Santa Helena	5	6,25%
Uiraúna	4	5%
Bom Jesus	3	3,75%
São José de Piranhas	2	2,5%
São Gonçalo	2	2,5%
Bernardino Batista	2	2,5%
Sousa	2	2,5%
Bonito de Santa Fé	2	2,5%
Poço Dantas	2	2,5%
Aparecida	2	2,5%
Vazio	1	1,25%
Cachoeira dos Índios	1	1,25%
São João do Rio do Peixe	1	1,25%
Poço de José de Moura	1	1,25%
TOTAL	80	100%

Fonte: BI-AGHU/HUIB

Este alto percentual de mulheres atendidas e internadas no município de Cajazeiras pode ser justificado devido ao fácil acesso destas ao hospital, levando em consideração que o HUIB se localiza no seu próprio território. Este achado também é favorecido pelo fato do número de habitantes desta cidade cuja população estimada é de 62.187 habitantes (IBGE, 2018), destacando a cidade de Cajazeiras como a sétima colocada na Paraíba, ficando entre os dez municípios do estado com maior população.

O HUIB se insere regionalmente, com interlocução entre serviços de diversos níveis de complexidade e de gestão, com forte inclinação para os atendimentos na área de saúde da

mulher na 9ª região de saúde. Sua localização geográfica no município de sede, interligado a questão de o hospital possuir atendimento referenciado tanto das unidades básicas de saúde (UBS) quanto dos demais níveis de atenção ao público feminino, facilita o acesso das mulheres de outras cidades fora da 9ª região de saúde bem como de estados vizinhos a exemplo do Ceará.

As duas outras cidades deste estudo que tiveram o maior número de internações foram respectivamente Triunfo e Santa Helena, destacando-se em relação ao internamento e referência à serviços especializados, fato esse que pode ser justificando por esses municípios estarem associados à uma maior demanda de atendimentos em saúde da mulher. Assim como, a disponibilidade de transporte para deslocamento das usuárias ao HUJB e terem vagas cedidas por outros municípios de acordo com pactuação feita com o serviço especializado.

Nesta perspectiva, é indispensável destacar as Redes de Atenção em Saúde (RAS), caracterizada como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, visando garantir a integralidade do cuidado por meio da assistência contínua e integral a população. A Atenção Primária à Saúde (APS) possui papel fundamental na RAS, por atuar como porta de entrada ao SUS e na perspectiva de promoção de saúde nas comunidades, principalmente no desenvolvimento de ações que visem a detecção precoce das patologias, o rastreamento e o encaminhamento das usuárias que possuem necessidade de serem referenciadas para o serviço especializado. Sendo primordial essa ferramenta de referência e contrarreferência para continuidade da assistência (ARRUDA *et al.*, 2015).

Assim, é perceptível a importância da referência e contrarreferência para os municípios ofertarem serviços especializados de maior complexidade para sua população. Desatando-se como vantagens a assistência integral, qualificada, eficaz, específica de acordo com a necessidade existente, acesso à exames de imagens de diversas complexidades, acesso à internações, à cirurgias e atendimento de profissionais especializados. Além disso, esse acesso proporcionará uma melhor qualidade de vida as mulheres por ser capaz de solucionar ou minimizar os seus problemas de saúde, garantindo assim uma vida mais feliz, saudável e ativa.

Portanto, os municípios devem buscar qualificar a atenção à saúde por meio da ampliação do acesso e longitudinalidade do cuidado, tendo como objetivo o alcance a integralidade. De acordo com Silveira; Costa e Jorge (2018), essas ações podem ser concretizadas a partir da RAS, que atua como proposta, devendo conter serviços organizados em diferentes níveis de complexidade tecnológica, na qual se estabelecem suas ações e seus serviços, permitindo satisfazer as necessidades da pessoa no cuidado com a sua saúde. Sendo

primordial a atuação dos serviços secundários e terciários de saúde para satisfazer as especificidades do ciclo vital e garantir a plenitude da assistência.

5.2 DADOS ESPECÍFICOS DO ESTUDO

Nesta etapa da pesquisa são explanados os resultados extraídos dos dados coletados no sistema do AGHU-BI, referentes às internações por especialidade no âmbito ambulatorial ginecológico e cirúrgico. Além da causa específica da assistência, ou seja, os diagnósticos.

A Tabela 3 apresentada a seguir expõe a distribuição de internações por especialidades. No período estudado observou-se que de agosto de 2018 a agosto de 2019 ocorreram 80 internações distribuídas ao longo dos anos entre procedimentos ginecológico e cirurgias.

TABELA 03- Distribuição de internação por especialidade. Cajazeiras-Pb.

ESPECIALIDADE	N	%
Ginecologia	71	89%
Cirurgia Geral	9	11%
TOTAL	80	100%

Fonte: BI-AGHU/HUJB

A tabela 03 exibe a distribuição de internação por especialidade, evidenciando que as internações ginecológicas apresentam um maior percentual representado por 89% quando comparado com o resultado da especialidade cirúrgica que equivale apenas a 11% dos casos de mulheres assistidas. Essa informação pode ser justificada devido ao fato que as usuárias precisam com mais frequência de internações para observação após realização de exames, minimizar quadro agudo de dor intensa, tratamentos, investigação de sintomatologia de quadros mais graves ou monitorização. Esta situação também pode estar relacionada às condições de vida desta população, questões socioeconômicas, o próprio avançar da idade, à baixa escolaridade, deficiência de conhecimento sobre questões preventivas e educativas.

Além disso, geralmente as usuárias necessitam do serviço especializado para confirmar seu quadro clínico detectado na atenção básica e/ou não tem uma hipótese diagnóstica e precisa que o diagnóstico seja realizado neste nível de atenção. Importante enfatizar que, quando a patologia é diagnosticada precocemente na maioria dos casos o tratamento medicamentoso é suficiente para sanar o problema, o que contribui também para a baixa porcentagem de cirurgias encontradas no presente estudo.

Quando se procura atendimento nos serviços de saúde especializado, mais especificamente em ginecologia seja ele para internação ou não, busca-se resolução de queixas, redução de dúvidas e dissipação de ansiedade. Tarefa complexa, principalmente porque a consulta em ginecologia não se configura somente na exposição da genitália, está ligada à exposição de uma vida, de medos, de comportamentos sociais, de enfrentamentos que são codificados nas queixas de mulheres (DIÓGENES; LINARD; TEXEIRA, 2010).

Na consulta ginecológica, o profissional efetua diversas ações entre elas ações de controle do câncer, identificando aspectos da história de vida e de saúde da mulher. A detecção precoce por meio do exame de citologia oncológica de colo de útero “papanicolau” é considerada a melhor estratégia para identificar as lesões precursoras de câncer. Entretanto a adesão das mulheres a este exame ainda é muito baixa, o que acaba aumentando as chances para desenvolver câncer de colo uterino por não identificar a lesão em estágio primário (SILVA *et al.*, 2015).

Assim, a baixa adesão do público feminino aos cuidados ginecológicos na atenção básica, a exemplo do citológico, além da demora para receber o resultado quando o exame é realizado pode agravar o quadro das usuárias que apresentam alterações no colo do útero, bem como aquelas que são mais susceptíveis a doenças do aparelho reprodutor feminino. Desse modo devido a realidade vivenciada, nem sempre os recursos disponíveis na Atenção Primária a Saúde serão suficientes para atender essas mulheres, o que leva a necessidade de uma assistência especializada.

O achados desse estudo corroboram com a pesquisa de Frigo *et al.* (2016), na qual os dados indicam que a busca pelo serviço especializado em ginecologia ocorre devido ao fato que as mulheres buscam esse acesso por reconhecerem a importância do cuidado de si e por corresponsabilidade desse grupo durante a consulta sinalizada pelas histórias de doença na família, que acabam também por influenciar na tomada de decisão delas em utilizar o serviço. Além desses fatores, a medida que a população feminina não encontra todas as tecnologias de saúde necessárias para atender às suas necessidades na atenção básica, muitas vezes pela ausência de um profissional com especialidade na área, serviços e terapêuticas ofertadas para atender às suas demandas, elas buscam pela assistência especializada.

Neste aspecto, é importante destacar o relevante papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como política estruturante para todo o sistema, incidindo sobre ela a capacidade de estabelecer articulações com a atenção secundária e terciária, favorecendo o acesso universal das pessoas aos serviços disponíveis na comunidade. A respeito do exposto, predomina a compreensão de que o encaminhamento do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) para

atendimento em outro nível de atenção ou complexidade, depende de um efetivo sistema de referência e contrarreferência, que pode ser compreendido como um mecanismo articulado e eficaz de fluxo para encaminhamento bem-sucedido dos usuários entre os diferentes níveis de atenção (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Já no que se refere à cirurgia ginecológica geral, esta possibilita o cuidado e intervenção em muitos problemas que afetam a saúde da mulher, devido à isso é fundamental conhecer a fisiopatologia das doenças sejam elas ginecológicas ou não, para uma boa indicação dos procedimentos cirúrgicos. Os cirurgiões especializados nessa área devem compreender os aspectos psicossociais da doença, reconhecendo a importância que cada mulher dá às suas funções orgânicas, sexuais e reprodutivas.

No estudo de Coelho *et al.* (2015), os mesmos abordam que em geral, os mais frequentes procedimentos cirúrgicos são relativos às doenças benignas da mulher, evidenciado assim que tanto os problemas ginecológicos benignos quanto malignos podem necessitar de tratamento cirúrgico.

Portanto, os profissionais que atuam nos serviços especializados devem possuir experiência em assuntos de saúde relacionados ao público feminino para a prestação de cuidados a essas pacientes. Dessa forma, conhecer as principais causas de internação dessas mulheres pode auxiliar no preparo e na formação dos profissionais que atuam nesses setores, bem como aqueles que atendem este público na APS, como forma de direcionar a atuação e assistência prestada, na perspectiva de prevenção e principalmente detecção precoce de casos que necessitam de atendimentos em níveis de média ou de alta complexidade.

O estudo de hospitalizações também pode fornecer evidências de desigualdades por parte da rede de atenção básica seja no acesso ou manejo para a internação hospitalar. Outra finalidade de caracterizar as internações hospitalares é a possibilidade de identificar fatores associados à maior frequência de hospitalizações, a qual está relacionada em geral à maior gravidade e riscos à saúde. A identificação de fatores associados potencialmente modificáveis, permite intervir de forma antecipada, muitas vezes minimizando as necessidades de hospitalizações e terapêuticas mais complexas, como também evolução para maior gravidade do caso (COSTA *et al.*, 2010).

Com isso verificou-se que as necessidades e demandas individuais são expressas pela procura espontânea de serviços de saúde, traduzidas por aspirações do coletivo, uma vez que buscam por uma vida saudável, ativa e prazerosa. É primordial a indispensabilidade da detecção precoce, seja na atenção primária ou no serviço especializado, para se alcançar um bom prognóstico e a resolubilidade dos problemas com medidas terapêuticas não cirúrgicas,

levando em consideração os benefícios que essas ações podem proporcionar como, diminuição da mortalidade devido a maiores chances de cura, redução de complicações, desconforto, baixa autoestima e morbidade proveniente de cirurgias ou sequelas.

A Tabela 04 apresentada a seguir expõe a distribuição de internações por diagnóstico durante agosto de 2018 a agosto de 2019.

TABELA 04- Distribuição de internação por diagnóstico. Cajazeiras-Pb.

DIAGNÓSTICO	N	%
Cistos ovarianos e os não especificados.	13	16,25%
Hiperplasia glandular endometrial.	12	15%
Pólipo do corpo do útero.	11	13,75%
Cistocele.	7	8,75%
Hérnia umbilical sem obstrução ou gangrena.	5	6,25%
Cisto da glândula de Bartholin.	3	3,75
Plicomas hemorroidários residuais.	2	2,5%
Nódulo mamário não especificado.	2	2,5%
Pólipo do colo do útero.	2	2,5%
Displasia cervical moderada.	2	2,5%
Displasia cervical grave, não classificada em outra parte.	2	2,5%
Displasia do colo do útero, não especificada.	2	2,5%
Endometriose em cicatriz cutânea.	2	2,5%
Hipertrofia da vulva.	2	2,5%
Uretrocele feminina.	1	1,25%
Hérnia ventral sem obstrução ou gangrena.	1	1,25%
Fusão dos lábios vulvares.	1	1,25%
Outro prolapso genital feminino.	1	1,25%
Hiperplasia adenomatosa endometrial.	1	1,25%
Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido do ovário.	1	1,25%
Aderências pós-operatório da vagina.	1	1,25%
Outros transtornos não-inflamatórios especificados da vagina.	1	1,25%

Endometriose não especificada.	1	1,25%
Hérnia inguinal bilateral, com obstrução, sem gangrena.	1	1,25%
Retocele.	1	1,25%
Papilomavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.	1	1,25%
Enteroccele vaginal.	1	1,25%
TOTAL	80	100%

Fonte: BI-AGHU/HUJB

Observou-se a partir dos achados com a pesquisa que dentre os principais internamentos destacam-se aqueles por diagnóstico de cistos ovarianos, hiperplasia glandular endometrial e pólipos do corpo do útero.

Os cistos ovarianos podem ser justificados como diagnóstico mais prevalente por ser uma condição clínica comum nas mulheres, uma vez que, afeta o público feminino tanto na idade reprodutiva quanto na menopausa e pós-menopausa, realidade condizente com o presente estudo. O quadro clínico mais frequente inclui alterações menstruais ou amenorreia ocasionadas por alterações hormonais, estresse, hábitos alimentares, dentre outros fatores (MOURA *et al.*, 2011).

De acordo com Carvalho *et al.* (2010), o diagnóstico clínico do cisto ovariano nem sempre é possível, pois a maioria das pacientes é assintomática. Entretanto, quando presente, os sintomas mais frequentes são distensão abdominal, dor pélvica e ausência de sangramento vaginal. Os cistos não são facilmente palpáveis, fazendo com que seja na maioria das vezes detectado através do exame ultrassonográfico.

De acordo com o autor supracitado, a ultrassonografia é o método propedêutico mais utilizado para o diagnóstico desses cistos, podendo ser abdominal ou endovaginal associada, ou não, ao doppler colorido. Outros exames também podem ser realizados no intuito de ajudar no raciocínio clínico, especialmente no diagnóstico diferencial para neoplasia maligna ovariana, como o marcador tumoral CA125 e a ressonância magnética (RM).

A Síndrome dos ovários policísticos (SOP) é a uma das condições clínicas mais comuns dentre as disfunções endócrinas que afetam mulheres. As principais características clínicas desta síndrome são a presença de hiperandrogenismo com diferentes graus de manifestação clínica e ausência de ovulação o que leva à alterações menstruais, amenorreia e/ou infertilidade. A SOP foi inicialmente descrita por Stein-Leventhal em 1935, referindo-se à associação entre amenorreia e a forma policística dos ovários (FERNANDES *et al.*, 2018).

O tratamento visa reduzir os sinais do hiperandrogenismo e restaurar os ciclos ovulatórios regulares. A escolha do tratamento dependerá da gravidade do quadro clínico e dos objetivos específicos, considerando sempre as possíveis consequências em longo prazo. Quando a paciente apresentar indicativa de cirurgia de acordo com sintomas, fatores de risco para neoplasia ovariana ou aspecto ultrassonográfico, é realizado a cirurgia de ooforectomia. A única maneira de intervir na história natural do câncer de ovário é o estabelecimento do diagnóstico precoce e a correta abordagem terapêutica (MOURA *et al.*, 2011).

Outro achado com número significativo no estudo correspondendo à 15% dos dados é a hiperplasia glandular endometrial, a qual é uma patologia caracterizada pela proliferação anormal das glândulas endometriais. A hiperplasia é a resposta normal do endométrio a um estímulo estrogênico. Quando o estímulo do estrogênio está aumentado, e sobretudo não compensado pela progesterona, ocorre um crescimento exagerado do componente glandular do endométrio que pode ocasionar câncer endometrial (CUNHA *et al.*, 2014).

É importante destacar que os fatores de risco associados à essa condição clínica possuem relação estreita com o estímulo isolado do estrogênio sem oposição da progesterona. Sendo fatores de risco importantes, obesidade, nuliparidade, menarca precoce, menopausa tardia, anovulação crônica proveniente da SOP e diabetes. Nos casos avançados da doença é necessário realizar o estadiamento, ou seja, processo utilizado para determinar a extensão do câncer presente no corpo de uma pessoa e onde está localizado (CIASCA, 2014).

Esta patologia apresenta como manifestações clínicas sangramento uterino anormal, espessamento endometrial a ultrassonografia, cólicas uterinas e o exame abdominal pode revelar massa amodelada na região hipogástrica devido ao aumento do volume uterino. Em doença avançada, pode ocorrer distensão abdominal secundária à ascite e linfonodos palpáveis na região ilíaca. O exame citopatológico de colo pode revelar atipias devido à extensão do tumor do endométrio até o colo do útero (TEÓFILO; COELHO, 2018).

De acordo com os autores supramencionados, o diagnóstico de hiperplasia glandular endometrial e câncer de endométrio normalmente é feito a partir da investigação de pacientes com sangramento uterino anormal, quando são realizados exames de ultrassom e histeroscopia. O diagnóstico definitivo do câncer endometrial é realizado pelo exame histopatológico. Sobre o tratamento, este pode ser clínico. Em casos selecionados, em extremos de idade como em casos de pacientes muito jovens ou muito idosas, utiliza-se de altas doses de progestágenos ou tratamento cirúrgico que se baseia na histerectomia com anexectomia bilateral e cirurgia de estadiamento. Pode ser necessário o tratamento complementar com radioterapia.

A partir do exposto, é visível que a SOP é uma síndrome comum nas mulheres e um fator de risco para hiperplasia glandular endometrial. Nesse sentido, é fundamental que os profissionais da atenção básica conheçam a SOP e hiperplasia endometrial e busquem formas de esclarecer ao público feminino sobre estes quadros clínicos, trabalhem medidas de prevenção e de detecção precoce. Isto com o intuito das mulheres serem diagnosticadas corretamente, tentando evitar desta forma, que a SOP venha a desencadear a hiperplasia endometrial e conseqüentemente o encaminhamento para o serviço especializado. Assim, evitar também outros desfechos como a neoplasia de endométrio e procedimento cirúrgico referente à histerectomia total.

Dessa forma, o despreparo dos profissionais no manejo precoce desses agravos nessa população específica, dificuldades de acesso à rede básica, falhas no sistema de referência e contrarreferência, dificultando o acesso à assistência mais complexa, representam alguns dos fatores contribuintes para um desfecho desfavorável nesses casos.

É notório que ambas as doenças necessitam de atendimento no serviço especializado, por necessitar de tecnologias que na APS não é ofertado, como os exames de imagens fundamentais para conclusão diagnóstica. Assim como, de profissionais especializados para promover uma melhor qualidade de vida e realizar procedimentos cirúrgicos de acordo com a especificidade de cada mulher.

Nesta ótica, a internação e humanização não podem ser entendidas na mera perspectiva da preocupação pela melhoria da qualidade e eficácia dos serviços, mas, sim, na perspectiva holística e integral que caracterizam o ser humano, entendido como uma unidade complexa. Assim, o corpo doente não pode ser considerado apenas um dado biológico, mas, antes, um espaço psíquico, um substrato e via de expressão das emoções, do pensamento, da inteligência, da afetividade e da espiritualidade. Mediante esta concepção holística, inter-relacional e dinâmica de entender o ser humano, humanizar e melhorar a qualidade de vida, em contexto hospitalar, corresponderá, certamente, a uma elevação da qualidade dos serviços, os quais não podem ser entendidos no sentido restrito dos procedimentos técnicos, dos atos e resultados permitidos por intermédio dos aparelhos de diagnósticos cada vez mais sofisticados e/ou as técnicas cirúrgicas mais precisas. Assim, a qualidade dos serviços tem também de incluir os aspetos subjetivos, qualitativos e incomensuráveis característicos da relação interpessoal entre doente e a equipe de saúde (CARVALHO, 2017).

Decorrente deste raciocínio, percebe-se a necessidade da promoção de relações pessoais positivas e significativas, para potenciar um sentimento de bem-estar das usuárias, bem como de confiança no hospital, em particular, nos seus serviços e profissionais. Desta

forma, as relações interpessoais entre a equipe de cuidados e o paciente devem ser repensadas. Devem embasar-se nos sentimentos de empatia e solidariedade com o sofrimento alheio, bem como no recurso a linguagens, códigos e valores comuns, uma vez que os níveis tanto de formação pessoal como acadêmicos podem ser diferentes. Dentre estes valores, o respeito deverá nortear todo o processo, devendo a pessoa hospitalizada ser olhada para além de um corpo e de uma condição clínica que conduziu ao seu internamento.

Seguindo com os achados mais prevalentes do estudo, destaca-se também o pólipo do corpo do útero, representando 13,75% dos casos de internações. São caracterizados como projeções endometriais de constituição heterogênea podendo ser únicas ou múltiplas, sésseis ou pedunculares e de tamanhos variados, ademais, um importante fator de risco para essa patologia é a idade avançada. Estima-se, através de estudos, que a prevalência de pólipos endometriais seja maior em mulheres na faixa etária dos 40 aos 60 anos e que essa prevalência seja cerca de duas vezes maior na pós menopausa, em relação ao período de fértil (ARAÚJO *et al.*, 2016). Esta informação, pode ser observada nos resultados encontrados no atual estudo que apresenta como faixa etária prevalente usuárias com 30 a 40 anos, seguido por 41 a 51 anos.

Segundo o autor supracitado, clinicamente os pólipos endometriais podem se apresentar de maneira assintomática, porém são diagnosticados mais frequentemente que no passado devido ao maior acesso ao uso da Ultrassonografia Transvaginal (USG TV) complementando o exame ginecológico. Em outras palavras, a possibilidade de melhor visualização do endométrio por métodos de imagem contribuiu para um maior número de diagnóstico de lesões polipoides. Quando os pólipos endometriais se manifestam clinicamente a principal queixa é de Sangramento uterino anormal (SUA), seja na menacme ou pós-menopausa. Em ambas, esse sangramento anormal pode se manifestar como menorragia, menstruação irregular, sangramento pós-coito, ou hemorragia intermenstrual. Nesse contexto, é consenso que o risco de transformação maligna encontrado em pólipos endometriais é maior após a menopausa e em mulheres que apresentam sintomas.

As lesões polipoides de endométrio podem ser diagnosticadas quando assintomáticas ou mediante a suspeita clínica. Existem alguns métodos que podem ser utilizados para o diagnóstico como ultrassonografia transvaginal e histeroscopia guiada por biópsia sendo esta considerado o padrão ouro para o diagnóstico de pólipos por apresentar alta sensibilidade e especificidade. Uma grande vantagem deste método é a possibilidade de visualização da lesão polipoide em sua localização e concomitante possibilidade de remoção. O tratamento é cirúrgico por exérese dos pólipos endometriais. Essa conduta é adotada pelo baixo risco

inerente ao procedimento e pela preocupação com a associação dessa patologia ao câncer de endométrio (MELO *et al.*, 2018).

As afecções citadas acima são problemas de saúde considerados comuns na população feminina, e além disso, são males que quando detectados precocemente não ocasionam disfunções grandiosas na qualidade de vida, por se tratarem de doenças que são facilmente tratadas e conseqüentemente de fácil cura, geralmente com medidas terapêuticas não cirúrgicas. Entretanto, quando diagnosticadas de forma tardia, pode acarretar grandes impactos na vida da paciente como o desenvolvimento de neoplasia e infertilidade, influenciando negativamente a sua vida social, profissional e pessoal. Fato esse, que demonstra mais uma vez a importância da detecção precoce de todas as patologias, visando garantir um bom prognóstico e uma vida próspera, sagaz e prazerosa.

As internações por esses males podem ser justificadas mediante a necessidade da realização de tratamento nos quadros de sintomatologia mais graves como SUA, dores intensas para que assim o quadro seja estabilizado e a terapêutica possa ser continuada em domicílio. Também, pela necessidade de investigação para neoplasias, realização de exames de imagens e procedimentos cirúrgicos.

As causas de internações, ou seja, os diagnósticos, identificados no presente estudo, podem ser utilizados como instrumento indireto da avaliação da capacidade resolutive da APS. Sendo entendidos como aquelas internações que poderiam ter sido evitadas ou reduzidas diante de uma intervenção oportuna e de qualidade na atenção básica. Além disto, serve como ferramenta de aperfeiçoamento para ambos os níveis de atenção.

O conhecimento das principais causas de internações hospitalares contribui para o planejamento de ações de saúde por parte da APS, direcionadas aos dos indivíduos do território. Embora exista a possibilidade das ações da APS impactarem positivamente no comportamento das internações hospitalares, já que houve nesta década grande expansão da rede e aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). Outros fatores são capazes de influenciar no comportamento desse conjunto de doenças, como, por exemplo, a influência da prática médica com uma variabilidade no manejo clínico, determinada por uma formação e atuação fundamentada na prática hospitalar, além de critérios para se indicar uma internação a partir dos determinantes para o consumo dos serviços de saúde (LENTSCK *et al.*, 2015).

Mediante o exposto, é perceptível a importância dos serviços especializados uma vez que, são primordiais para o diagnóstico correto e precoce através de exames de imagens de diferentes complexidades, acesso à exames laboratoriais gratuitos e com resultados rápidos, tratamento eficaz, realização de procedimentos cirúrgicos, atuação de equipe multidisciplinar,

ou seja, o serviço especializado favorece acesso a diversos profissionais e a inúmeras tecnologias que torna possível assistir a mulher de forma qualificada de acordo com cada característica, individualidade do ciclo vital. Neste aspecto, a atuação do serviço secundário é benéfica para a comunidade, dado a complexidade de ações e serviços que oferece a população.

Com relação aos demais diagnósticos encontrados como resultado da atual pesquisa, se faz necessário explicar que apesar da sua pouca prevalência é essencial que a APS trabalhe medidas de promoção e prevenção com intuito de evitar que esses indicadores um dia se tornem elevados. Do mesmo modo que, é primordial a realização de ações de educação em saúde com o intuito de esclarecer e empoderar a comunidade sobre as afecções encontradas neste trabalho tendo em vista que são as principais causas de internações e conseqüentemente de atendimento em saúde da mulher no âmbito ambulatorial ginecológico e cirúrgico.

Deste modo, a atuação do serviço primário e secundário são interligados e precisam funcionar em plena harmonia, isto é, a APS é a base da assistência por estar intimamente ligada a sociedade. Como consequência é este nível de atenção que geralmente detecta as disfunções de saúde, e vale salientar que quando detecta e não tem os manejos necessários para solucionar, tratar e/ou suspeita, mas não tem como confirmar a hipótese diagnóstica o encaminhamento deve ser feito para outro nível de atenção à saúde que possa atender essa demanda.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou o alcance dos objetivos anteriormente propostos, pois com relação ao perfil sociodemográfico das mulheres internadas observou-se que a maioria da amostra é composta por mulheres com faixa etária entre 30 a 40 anos, de cor branca, casadas e com ensino fundamental incompleto. Quanto à distribuição de internamentos por município, destaca-se Cajazeiras, Triunfo e Santa Helena. Assim como, foi possível identificar as principais causas de internações no âmbito ambulatorial ginecológico e cirúrgico.

As principais causas de internações identificadas foram cistos ovarianos, hiperplasia glandular endometrial e pólipos do corpo do útero. Com relação a especialidade observou-se que mais da metade da amostra foi constituída por internações ginecológicas achado esse importante, pois permite argumentar que se o índice de cirurgia está baixo pode ser devido a diagnóstico precoce e terapêutica eficaz o que diminui a evolução do quadro para um caso grave.

O estudo apontou que essas são as afecções mais comuns no público feminino e que o diagnóstico clínico geralmente é difícil, sendo necessário a realização de exames de imagens para confirmar a hipótese diagnóstica. A detecção precoce e o tratamento adequado são fundamentais para diminuir os índices de internamentos e garantir um bom prognóstico as usuárias, uma vez que, ambas as patologias podem interferir negativamente na qualidade de vida e evoluir para neoplasia. Assim, é primordial o desenvolvimento de um trabalho em rede, com ênfase para a implementação de ações educativas direcionadas as equipes da Estratégia Saúde da Família, com intuito de qualificar a assistência que representa a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde.

Por meio dos resultados, é perceptível que a atenção secundária desempenha papel imprescindível na resolubilidade e integralidade do cuidado, com ampliação do acesso a consultas e procedimentos especializado. Deste modo, é evidente a importância da atuação do serviço especializado para a sociedade, pois sem este nível de atenção não seria possível ofertar uma assistência integral, de acordo com cada especificidade do ciclo vital e qualificada capaz de solucionar ou minimizar as patologias de saúde. É importante enfatizar ainda que, para garantir que a assistência ocorra de forma adequada é primordial a comunicação entre o nível primário e secundário de saúde e este elo deve ser feito por meio da referência e contrarreferência.

É notório, que não é possível abordar esta temática sem falar da APS, dado que as ações deste serviço influenciam diretamente no processo saúde doença da população. Neste

sentido, os achados desse estudo proporcionam subsídios para melhorar a assistência de ambos os serviços, pois por intermédio dos principais diagnósticos de internações é possível conhecer as patologias que mais acomete as mulheres e conseqüentemente traçar estratégias para reduzir estes quadros, bem como qualificar os profissionais para detecção precoce, tratamento adequado e empoderamento deste público por meio da educação em saúde.

Espera-se que o presente estudo, mediante os dados obtidos, possibilite melhorias no que concerne à ações de promoção e prevenção aos agravos das patologias encontradas, assim como, no processo diagnóstico e terapêutico, de modo que os serviços constituintes da Rede de Atenção à Saúde, atuem de maneira efetiva nesse contexto, com profissionais capacitados em todos os níveis de atenção no que diz respeito a problemática, afim de assegurar uma detecção em tempo hábil da patologia, minimizando, desse modo, as internações e danos não somente ao paciente, como também a sociedade. Além de incentivar pesquisas sobre a temática.

REFERÊNCIAS

AQUINO, R. **Programa de Saúde da Família: determinantes e efeitos de sua implantação nos municípios brasileiros**. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Salvador: UFBA, 2006.

AMÂNCIO, V, C; SCHMIDT, D, B; COTRIM, O, S. **A história da mulher e sua problemática de saúde com ênfase no município de Botucatu**. Caderno Saúde e Desenvolvimento. vol.3, n.2, dezembro, 2013. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/230/171>. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

ALVES, M, L, F. *et al.* Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. **Rev Med Minas Gerais**. v.25, n. 4, 2015.

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc Anna Nery**. v. 19, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2019.

ARAÚJO, F. M. *et al.* Artigo de revisão: Pólipos endometriais. **Rev Pat Tocantins**. Tocantins, v.3, n.2, 2016.

ASSIS, L. *et al.* **Intervenção psicossocial em grupo de mulheres gestantes do Centro de Saúde da Mulher de Cacoal-RO**. Universidade Luterana do Brasil. Aletheia n. 42, dezembro, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Política de morbimortalidade por acidentes e violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Mamografia: da prática ao controle**. Rio de Janeiro, Inca, 2007.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

COELHO, E. *et al.* Integralidade do Cuidado a Saúde da Mulher: limites da prática profissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21.pdf>. Acesso em: 22 de janeiro de 2019.

COELHO, S; PORTO, Y, F. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3904.pdf>. Acesso em: 18 de janeiro de 2019.

CARVALHO, J. A. *et al.* Conduta no cisto simples de ovário. **Rev FEMINA**. Recife, v.9, n.2, dezembro, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2009/v37n12/a001.pdf>. Acesso em: 04 de novembro de 2019.

COSTA, A, A. **Manual de Orientação à Saúde da Mulher**. Equipe de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher. Universidade Federal da Bahia, 2010.

CASTILHO, A. P; BORGES, N. R. M; PEREIRA, V. T. **Manual de Metodologia Científica**. Instituto Luterano de Ensino Superior. 2º edição. Itumbiara: ILÊS/ULBRA, 2014.

CANONICI, E, L. **Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde**. Projeto Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas Regionais de Atenção Integrada à Saúde / Regiões de Saúde. São Paulo, 2014.

CIASCA, E. S. **Hiperplasia endometrial classificação e terapêutica**. Serviço de Ginecologia. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/30-ginecologia#>. Acesso em: 08 de novembro de 2019.

CUNHA, V. *et al.* Hiperplasia endometrial. **Acta Obstet Ginecol Port**. Lisboa, v.8, n.1, 2014. Disponível em: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/09-aogp-d-12-00090-2014.pdf>. Acesso em: 08 de novembro de 2019.

COELHO, S. M. *et al.* Perfil epidemiológico e complicações pós-operatórias das mulheres submetidas à cirurgia ginecológica em centro de referência do extremo setentrional da amazônia legal brasileira. **Rev. Col. Bras. Cir.** São Paulo, v.42, n.6, 2015.

CALEMAN, G. *et al.* **Projeto aplicativo: termos de referência**. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

COSTA, L, D. *et al.* Adequação do pré-natal de alto risco em um hospital de referência. **Rev Rene**. V. 17, n. 4, jul-ago, 2016.

CARVALHO, C. A; PINHO, J. R. O; GARCIA, P. D. **Epidemiologia: conceitos e aplicabilidade no sistema único de saúde**. Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA. São Luís: EDUFMA, 2017.

CARVALHO, J. S. **Proposta de humanização em internação hospitalar: fortalecer vínculos e aprimorar cuidado**. Trabalho de conclusão de Curso de Enfermagem. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Pró-Reitoria de ensino, pesquisa e pós-graduação. Departamento de Ciências da Saúde. Santiago-RS, 2017. Disponível em: <http://redehumanizausus.net/proposta-de-humanizacao-em-internacao-hospitalar-fortalecer-vinculos-e-aprimorar-cuidado/> Acesso em: 12 de novembro de 2019.

COSTA, J. S. D. *et al.* Prevalência de internações hospitalares e fatores associados em Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública**. v. 44, n.5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n5/1192.pdf> acesso em: 12 de novembro 2019.

DIÓNEGOS, M. A. R; LINARD, A. G; TEXEIRA, C. A. B. Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de ginecologia. **Rev. Rene**. Fortaleza, v.11, n. 4, dezembro, 2010.

DALFOVO, O; TAMBORLIM, N. **Business Intelligence: Estudos e casos práticos no uso em Gestão de Tecnologia da Informação como Inteligência nos Negócios**. 1ª edição - Blumenau: Edição Clube de Autores, 2017.

ERRICO, L, S, P. *et al.* O trabalho do enfermeiro no pré-natal de alto risco sob a ótica das necessidades humanas básicas. **Rev Bras Enferm**. Belo Horizonte, v.3, n.1, 2018.

FONTELLES, M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa, **Rev. para. med.** v.23, n. 3, jul.-set. 2009.

FRANKE, A. **Análise Estatísticas em Geociências**. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Geociências. Florianópolis, 2014.

FRIGO, J. *et al.* A consulta ginecológica e seu potencial para produzir a integralidade da atenção em saúde. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v.10, n. 4, abril, 2016.

FERNANDES, C. E. *et al.* **Síndrome dos ovários policísticos**. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASCO), n.4, 2018.

GAMA, F, N. **Saúde da mulher trabalhadora no sistema público de saúde: um estudo de caso**. Centro Universitário de Caratinga. Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade Mestrado Profissional. Minas Gerais, 2009.

GOMES, A, V, M. *et al.* Políticas públicas de atenção à saúde da mulher: uma revisão integrativa. **Rev. Interd. Ciên. Saúde**, v. 4, n.1, 2017.

GOMES, P. C. H. *et al.* **Boletim Epidemiológico: Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis – DANT's**. Governo do Estado do Espírito Santo. Secretária de Saúde, 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística | v. 4, n. 3.26, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/cajazeiras.html> Acesso em: 01 de março de 2019.

LENTSCK, M. H. *et al.* Tendência das internações por doenças cardiovasculares sensíveis a atenção primária. **Rev Bras Epidemiol**. v. 18, n.2, 2015. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v18n2/pt_1415-790X-rbepid-18-02-00372.pdf Acesso em: 20 de outubro de 2019.

MENDES, J. D. V. *et al.* **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

MOURA, H. H. G. *et al.* Síndrome do ovário policístico: abordagem dermatológica. **An Bras Dermatol.** Rio de Janeiro, v.86, n.1, 2011.

MORREIRA, J, C, R; PINHO, J, R, O. **Saúde da mulher.** Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA. São Luís, 2013.

MENDES, J. D. V. Perfil da Mortalidade em Adultos por Faixa Etária e Sexo no Estado de São Paulo. **Rev BEPA.** São Paulo, v.12, n.18, 2015.

MALACHIAS, M, V. *et al.* **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia.** São Paulo, v.107, n.3, supl. 3, setembro 2016.

MELO, S. N. C. *et al.* Pólipo endometrial e adenocarcinoma do tipo seroso em mulheres menopausada: relato de caso. **Revista Sociedade Brasileira de Ultrassonografia.** Edição 24, 2018.

NOCE, C, A, M. **Análise Da Aplicação Dos Indicadores Hospitalares De Eficiência Da Ans Nos Hospitais Universitários Federais Brasileiros Via Business Intelligence.** Dissertação de Mestrado em Engenharia Biomédica, Programa de Pós-Graduação em Engenharia Biomédica, Faculdade Gama, Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em:https://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/25254/1/2017_CarloAlessandroMeloNoc_e.pdf. Acesso em; 20 de março de 2019.

OSIS, M. J. D. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa:** História de uma Intervenção. Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. **Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino.** Acta Scientiarum, v. 26, n. 2, 2004.

PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Rev Bras Med Fam e Com.** Rio de Janeiro, v.1, n. 3, 2005.

PIMENTEL, I, R, S. *et al.* **Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família.** **Rev bras med fam comunidade.** Florianópolis, v.6, n. 20, Jul-Set, 2011.

PRODANOV, C. C; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico:** métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PRIMO, C. C. *et al.* Perfil epidemiológico de mulheres submetidas a cirurgia na unidade de ginecologia de um hospital universitário. **Reme – Rev. Min. Enferm.** Vitória, v.16, n.4, 2014.

PINHEIRO, A. B. *et al.* Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. **Revista Brasileira de Cardiologia.** Rio de Janeiro, v.59, n. 3, 2014.

PAIVA, C, J, K; CESSÉ, E, A, P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 6, n. 1, 2015.

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, 2016.

SERRA, L. **A essência do Business Intelligence**. São Paulo: Editora Berkeley, 1ª edição, 2002

SIMÕES, A. P. **Construção de uma Arquitetura Técnica para Melhoria da Gestão de Hospitais Universitários Federais**. Dissertação de Mestrado, Departamento de Engenharia Elétrica, Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9319/3/2011_AlexPitacciSimo.es.pdf. Acesso em: 25 de março de 2019.

SANTOS, R. L. B. *et al.* Atenção no pré-natal de baixo risco na ótica de puérperas. **Rev Enferm UFSM**. Rio Grande do Sul, v. 5, n. 4, Out./Dez, 2015.

SILVA, L. M. *et al.* Sentimentos envolvidos no atendimento ginecológico prestado pelo estudante de medicina: análise pré e pós consulta. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v. 17, n. 4, 2015.

SILVA, E. C. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Rev Bras Epidemiol**. Amazônia, v. 19, n. 1, 2016.

SILVA, V. L. S. *et al.* Características e fatores associados à hospitalização nos primeiros anos de vida: coorte de nascimentos de Pelotas de 2004, Rio Grande do Sul, **Brasil Cad. Saúde Pública**. v. 33, n. 10, 2017.

SILVEIRA, C. B.; COSTA, L. S. P.; JORGE, M. S. B. Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. v. 25. n. 19, 2018.

SILVA, E. N. *et al.* **Plano Diretor Estratégico Do Hospital Universitário Júlio Bandeira De Mello, Da Universidade Federal De Campina Grande – Hujb/Ufmg**. Ministério Da Educação. Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares. Universidade Federal De Campina Grande. Hospital Universitário Júlio Bandeira. Cajazeiras, 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132097/4032000/PDE+2019-2020/89fa552b-40f4-4729-9472-f798b0655779?version=1.0>. Acesso em: 18 de março de 2019.

TEÓFILO, C. R.; COELHO, R. A. **Hiperplasia endometrial e câncer do endométrio**. Protocolo clínico. Universidade Federal do Ceara. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Hospitais Universitários Federais – EBSEH. Julho, 2018.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de pesquisa**. 2ª, ed. reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC, 2013.

APÊNDICE



APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I- INDICADORES RELATIVOS AO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE INTERNAMENTO EM SAÚDE DA MULHER EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO.
Idade, cidade, nível de escolaridade, estado civil, cor e município de origem.
II- INDICADORES RELATIVOS A DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAMENTOS POR ESPECIALIDADE
Ginecologia.
Cirurgia Geral.
III- INDICADORES RELATIVOS AOS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE GINECOLOGIA DOS INTERNAMENTOS EM SAÚDE DA MULHER.
Cistos ovarianos e os não especificados.
Hiperplasia glandular endometrial.
Pólipo do corpo do útero.
Cistocele
Cisto da glândula de Bartholin.
Nódulo mamário não especificado.
Pólipo do colo do útero.
Displasia cervical moderada.
Displasia cervical grave, não classificada em outra parte.
Displasia do colo do útero, não especificada.
Endometriose em cicatriz cutânea.
Hipertrofia da vulva.
Uretrocele feminina.
Fusão dos lábios vulvares.
Outro prolapso genital feminino.
Hiperplasia adenomatosa endometrial.

Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido do ovário.
Aderências pós-operatório da vagina.
Outros transtornos não-inflamatórios especificados da vagina.
Endometriose não especificada.
Retocele.
Papilomavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.
Enteroccele vaginal.
IV- INDICADORES RELATIVOS ÀS PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAMENTOS NO ÂMBITO CIRÚRGICO EM SAÚDE DA MULHER.
Hérnia umbilical sem obstrução ou gangrena.
Plicomas hemorroidários residuais.
Hérnia inguinal bilateral, com obstrução, sem gangrena.
Hérnia ventral sem obstrução ou gangrena.

ANEXOS



ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, **Gerlane Cristinne Bertino Vêras**, docente da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação dos discentes, **Amanda Beatriz Araújo de Oliveira, Jessica Keylly da Silva Vieira, Joyce de Souza, Kaysa Fernandes Moraes, Luiz Henrique Da Silva, e Wagner Maciel Sarmento**, cujo projeto de pesquisa intitula-se **“PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”**.

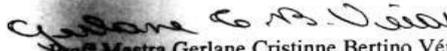
Comprometo-me em assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com a pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas aos pesquisadores participantes e, junto com eles, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Reafirmo a minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo arquivados todos os dados pertinentes à pesquisa, zelando pelo sigilo e confidencialidade das informações referidas pelos sujeitos participantes. Caso seja necessário, apresentarei, sempre que solicitado pelo Comitê de ou pelos órgãos envolvidos neste estudo, o relatório de qualquer eventual modificação neste projeto, bem como sobre seu andamento e sua conclusão. Estou ciente das penalidades que posso sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cajazeiras – PB, 02 de maio de 2018.


Prof.^a Mestra Gerlane Cristinne Bertino Vêras
Coordenadora/orientadora da pesquisa



ANEXO B- TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
ESCOLA TECNICA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

Nós, Amanda Beatriz Araújo de Oliveira, Jessica Keylly da Silva Vieira, Joyce de Souza, Kaysa Fernandes Morais, Luiz Henrique Da Silva, e Wagner Maciel Sarmiento, discentes do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizamo-nos, junto com nossa orientadora, a docente Gerlane Cristinne Bertino Vêras, a desenvolver a pesquisa intitulada “PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”.

Declaramos estar cientes e comprometemo-nos em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizamo-nos também pelo zelo com a pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela envolvidos, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética (CEP) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem, como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou do Termos de assentimento Livre e Esclarecido assinados por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 02 de 05 de 2018.

Amanda Beatriz Araújo de Oliveira Amanda Beatriz A. de Oliveira
 Jessica Keylly da Silva Vieira Jessica Keylly da Silva Vieira
 Joyce de Souza Joyce de Souza
 Kaysa Fernandes Morais Kaysa Fernandes Morais
 Luiz Henrique Da Silva Luiz Henrique da Silva
 Wagner Maciel Sarmiento Wagner Maciel Sarmiento



ANEXO C- TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
ESCOLA TECNICA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS

TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, **ORIENTADORA E PESQUISADORES PARTICIPANTES** da pesquisa intitulada **“Perfil Clínico-Epidemiológico e de Qualidade da Cobertura Assistencial em um Hospital Universitário**, assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cajazeiras, 02 de 05 de 2018.

Gerlane C. B. Vêras
Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Amanda Beatriz Araújo de Oliveira
Amanda Beatriz Araújo de Oliveira

Jessica Keylly da Silva Vieira
Jessica Keylly da Silva Vieira

Joyce de Souza
Joyce de Souza

Kaysa Fernandes Moraes
Kaysa Fernandes Moraes

Luiz Henrique da Silva
Luiz Henrique Da Silva

Wagner Maciel Sarmiento
Wagner Maciel Sarmiento



ANEXO D - TERMO DE ANUÊNCIA

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MARIA BANDEIRA DE MELLO - UFCG

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

A Superintendência do Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello – HUIB/UFCG está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, coordenado pelo (a) pesquisador (a) Gerlane Cristinne Bertino Vêras, docente da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras da Universidade Federal de Campina Grande.

Cajazeiras, 03 de maio de 2018.



Maria Mônica Paulino do Nascimento
Superintendente- HUIB/UFCG

Av. José Rodrigues Alves, SN - Edmilson Cavalcante
CEP 58900-000 - Cajazeiras - Paraíba
Tel (83) 3532.4750/4753
E-mail: maria.paulino@ebserh.gov.br



ANEXO E- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFCEG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89302018.1.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.672.468

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 89302018.1.0000.5575 e sob responsabilidade de Gerlane Cristinne Bertino Vêras trata de um estudo transversal, exploratório, descritivo e analítico de abordagem quanti-qualitativa, de base documental e de campo, a ser realizado no Hospital Universitário Júlio Bandeira, em Cajazeiras – PB para fins de traçar o perfil clínico-epidemiológico e de qualidade da cobertura assistencial dessa instituição de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO tem por objetivo principal traçar o perfil clínico-epidemiológico e de qualidade da cobertura assistencial dessa instituição de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO é importante por contribuir para descrição da qualidade de cobertura assistencial do hospital pesquisado no Município de Cajazeiras, e os

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.672.468

métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Geriane Cristinne Bertino Vêras redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, número 89302018.1.0000.5575 e sob responsabilidade de Geriane Cristinne Bertino Vêras.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1132093.pdf	09/05/2018 20:16:27		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_submetido.pdf	09/05/2018 20:12:53	Geriane Cristinne Bertino Vêras	Acelto
Outros	Termo_anuencia.pdf	09/05/2018 20:02:57	Geriane Cristinne Bertino Vêras	Acelto
Outros	Pequisador_responsavel.pdf	09/05/2018 20:01:22	Geriane Cristinne Bertino Vêras	Acelto
Outros	Divulgacao_resultados.pdf	09/05/2018 20:00:42	Geriane Cristinne Bertino Vêras	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	09/05/2018 19:59:54	Geriane Cristinne Bertino Vêras	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/05/2018 19:59:37	Geriane Cristinne Bertino Vêras	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	09/05/2018	Geriane Cristinne	Acelto

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.672.488

Orçamento	ORCAMENTO.pdf	19:59:08	Bertino Vêras	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Pesquisador_participante.pdf	09/05/2018 19:58:47	Geriane Cristinne Bertino Vêras	Acelto
Cronograma	Cronograma.pdf	09/05/2018 19:58:23	Geriane Cristinne Bertino Vêras	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/05/2018 19:51:16	Geriane Cristinne Bertino Vêras	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 24 de Maio de 2018

Assinado por:

ERLANE AGUIAR FEITOSA DE FREITAS
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br