

EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE COLETIVA

na contemporaneidade

André Ribeiro da Silva

Jitone Leônidas Soares

Vânia Maria Moraes Ferreira

(Organizadores)

EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE COLETIVA

na contemporaneidade

André Ribeiro da Silva

Jitone Leônidas Soares

Vânia Maria Moraes Ferreira

(Organizadores)

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Experiências em saúde coletiva na contemporaneidade 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadores: André Ribeiro da Silva
Jitone Leônidas Soares
Vânia Maria Moraes Ferreira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E96 Experiências em saúde coletiva na contemporaneidade 2 / Organizadores André Ribeiro da Silva, Jitone Leônidas Soares, Vânia Maria Moraes Ferreira. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0655-6

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.556222209>

1. Saúde pública. I. Silva, André Ribeiro da (Organizador). II. Soares, Jitone Leônidas (Organizador). III. Ferreira, Vânia Maria Moraes (Organizadora). IV. Título.

CDD 614

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A Saúde Coletiva está interligada a vários campos do conhecimento, e neste interim, viemos aqui apresentar o e-book: “experiências em saúde coletiva na contemporaneidade II”, onde são apresentadas diversas experiências da área de enfermagem, medicina, fisioterapia e saúde coletiva, voltando suas discussões para práticas integrativas, hemoterapia, gestão de pessoas, obstetrícia, massagem drenagem linfática, óbito de mulheres em idade fértil, DST's, promoção da saúde do trabalhador, qualidade de vida, queixas urinárias, relações pessoais em unidades de estratégia de saúde de família, doença de Kawasaki e violência sexual feminina.

Sendo assim, o primeiro capítulo, versa sobre **EXPERIÊNCIAS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO TRABALHO DE PARTO**, e tem como objetivo aperfeiçoar a equipe envolvida na assistência a se tornarem parte no processo renovador do cuidado e concomitantemente oferecer a parturiente conforto e o relaxamento durante o trabalho de parto, assim como, conhecer a percepção das parturientes quanto as boas práticas prestadas pela equipe multidisciplinar na assistência ao trabalho de parto.

O segundo capítulo, **IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS EM UMA UNIDADE HEMOTERÁPICA**, objetivou implementar um Sistema de Informação em Gestão de Pessoas (SIGEP) em um hemocentro, situado no município de Palmas, Tocantins, Brasil.

O terceiro capítulo, intitulado em **O METÓDO PILATES EM PACIENTES COM LOMBALGIAS CRÔNICAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**, relatou a experiência do método Pilates em pacientes diagnosticados com lombalgia crônicas atendidas em uma clínica privada em uma cidade localizada no interior do estado Ceará.

O quarto capítulo, **ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL NO ESTADO DE PERNAMBUCO NOS ANOS DE 2009 A 2019: CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO E PADRÃO TEMPO ESPACIAL**, analisou o perfil dos óbitos de mulheres em idade fértil, no estado de Pernambuco entre os anos de 2009 e 2019.

O quinto capítulo, **OS BENEFÍCIOS DA DRENAGEM LINFÁTICA MANUAL EM GESTANTES: REVISÃO DE LITERATURA**, objetivou demonstrar a utilização e aplicabilidade da drenagem linfática manual em gestantes, observando as alterações funcionais, os cuidados, as contraindicações e os benefícios.

O sexto capítulo, **OS DESAFIOS DA PREVENÇÃO, MANEJO TERAPÊUTICO E DO SEGUIMENTO PÓS TERAPÊUTICO DA SÍFILIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**, identificou na produção científica evidências relacionadas à prevenção, ao manejo clínico e ao seguimento pós terapêutico no cuidado de pessoas com Sífilis.

O sétimo capítulo, intitulado em **PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DO CARRINHO ELÉTRICO PARA PACIENTES DE UMA UNIDADE DE RADIOTERAPIA COMO**

BRINQUEDO TERAPÊUTICO, buscou descrever a experiência da equipe de enfermagem na implementação de um carrinho elétrico, como estratégia lúdica para crianças em tratamento na Unidade de Radioterapia.

O oitavo capítulo, **PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS**, por meio de uma revisão bibliográfica, pretendeu-se vislumbrar como se dá a técnica e manejo utilizado no prolapso de órgãos pélvicos pelos profissionais enfermeiros especializados. Assim como, entender sua fisiopatologia e seus fatores desencadeantes.

O nono capítulo, **PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO SONO EM TRABALHADORES DA SAÚDE DE UM HOSPITAL**, caracterizou estilos de vida e qualidade de sono dos trabalhadores de dois serviços de um centro hospitalar e contribuir para a promover a adoção de medidas de higiene do sono pelos profissionais de saúde.

O décimo capítulo, **QUALIDADE DE VIDA: DEFINIÇÃO E MENSURAÇÃO**, versou sobre a definição e mensuração da qualidade de vida.

O décimo primeiro capítulo, **QUEIXAS URINÁRIAS E FATORES DE RISCO EM COSTUREIRAS NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE**, analisou as queixas urinárias e os fatores de riscos associados em costureiras.

O décimo segundo capítulo, **RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**, identificou possíveis problemas que podem causar situações de estresse e fadiga no ambiente ocupacional aos trabalhadores da ESF.

O décimo terceiro capítulo, **RELATO DE CASO DE PACIENTE COM DOENÇA DE KAWASAKI INCOMPLETO, COM MENOS DE 6 MESES DE IDADE**, relatou um caso de Kawasaki fora da faixa etária, para que ocorra a suspeição frente aos sinais clínicos e laboratoriais, possibilitando diagnóstico e tratamento precoce.

O último capítulo, **VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER E O PAPEL DA ENFERMAGEM NESSE DESAFIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**, objetivou observar, nas bases SciELO, PubMed e LILACS, com intermédio de estudos realizados entre 2016 a 2020, pesquisas que permeiem a perspectiva do enfermeiro quanto ao enfrentamento da violência sexual contra mulheres.

Desejamos uma ótima leitura a todos!


André Ribeiro da Silva
Jítone Leônidas Soares
Vânia Maria Moraes Ferreira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

EXPERIÊNCIAS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO TRABALHO DE PARTO

Suzana Portilho Amaral Dourado
Nubia Regina Pereira da Silva
Silvana do Socorro Santos de Oliveira
Rosiane Costa Vale
Aline Decari Marchi
Leula Campos Silva
Ana Cassia Martins Ribeiro Cruz
Geraldo Viana Santos
Gabriela Ramos Miranda
Livia Bianca da Silva Ferreira
Maria José de Sousa Medeiros
Girlene de Jesus Souza Chaves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222091>

CAPÍTULO 2..... 10

IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS EM UMA UNIDADE HEMOTERÁPICA


Emília Maria Rodrigues Miranda Damasceno Reis
Helenilva Custódio de Melo
Leidiane Ferreira Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222092>

CAPÍTULO 3..... 23

O METÓDO PILATES EM PACIENTES COM LOMBALGIAS CRÔNICAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Iala de Siqueira Ferreira
Antonio Rafael da Silva
Antônia de Fátima Rayane Freire de Oliveira
Daniela Ferreira Marques
Márcia Soares de Lima
Henrique Hevertom Silva Brito
Joel Freires de Alencar Arrais
Maria Déborah Ribeiro dos Santos
Dálet da Silva Nascimento
Francisco Brhayan Silva Torres
Swellen Martins Trajano
Denys Clayson de Brito Pereira Filho
Ana Paula Pinheiro da Silva
Antônia Caroliny Pereira dos Santos
Marina Luiza Souza Lucindo
Maria Ruth Oliveira da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222093>

CAPÍTULO 4..... 31


ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL NO ESTADO DE PERNAMBUCO NOS ANOS DE 2009 A 2019: CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO E PADRÃO TEMPO ESPACIAL

Nadriely da Silva Lima

Rosiele de Santana Mendes

Sandro da Silva Albuquerque

Amanda Priscila de Santana Cabral Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222094>

CAPÍTULO 5..... 42

OS BENEFÍCIOS DA DRENAGEM LINFÁTICA MANUAL EM GESTANTES: REVISÃO DE LITERATURA

Heloisa Martins Ramos de Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222095>

CAPÍTULO 6..... 55

OS DESAFIOS DA PREVENÇÃO, MANEJO TERAPÊUTICO E DO SEGUIMENTO PÓS TERAPÊUTICO DA SÍFILIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Dalila Freitas de Almeida

Lívia de Souza Câmara

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222096>

CAPÍTULO 7..... 75

PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DO CARRINHO ELÉTRICO PARA PACIENTES DE UMA UNIDADE DE RADIOTERAPIA COMO BRINQUEDO TERAPÊUTICO

Adelita Noro

Aline Tigre

Vanessa Belo Reyes

Bibiana Fernandes Trevisan

Nanci Felix Mesquita

Patrícia Santos da Silva

Ana Paula Wunder Fernandes

Cristiane Tavares Borges

Yanka Eslabão Garcia

Paula de Cezaro

Vitoria Rodrigues Ilha

Ana Maria Vieira Lorenzoni

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222097>

CAPÍTULO 8..... 80

PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Taciane de Fátima Wengkarecki Orloski

Carolynne Ribeiro Maia do Amaral


Rita de Cássia Mezêncio Dias

Ana Carla Freire Gonçalves Cassimiro Vieira

Jéssica Costa Maia

Lucas Lazarini Bim


Heloísa Helena Camponez Barbara Rédua
Talita de Figueiredo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222098>

CAPÍTULO 9..... 109

PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO SONO EM TRABALHADORES DA SAÚDE DE UM HOSPITAL


Maria de Fatima Moreira Rodrigues
Ana Sofia de Jesus Varandas Furtado
Maria da Graça Carita Gaspar Temudo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222099>

CAPÍTULO 10..... 121

QUALIDADE DE VIDA: DEFINIÇÃO E MENSURAÇÃO

Flaviane Cristina Rocha Cesar
Millena Santana da Silva Marcos
Bruna Silva de Deus
Isabella Rodrigues Siriano
Giovanna Cintra da Costa Pessoa
Matheus Pessoa Costa Cintra
Danielle Bianca Rodrigues
Pâmella Vitória Martins Machado
Angela Gilda Alves
Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55622220910>

CAPÍTULO 11 130

QUEIXAS URINÁRIAS E FATORES DE RISCO EM COSTUREIRAS NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

Rebeca Rayane Alexandre Rocha
Ana Beatriz Marques Barbosa
Mayara Miranda de Oliveira
Natasha Gabriela Oliveira da Silva
Rafaela Mayara Barbosa da Silva
Rebeca Barbosa Dourado Ramalho
Fernanda Nayra Macedo
Daniella Bruna Ramos Rodrigues
Caroline Pereira Souto
Amanda Costa Souza Villarim
Juliana Sousa Medeiros
Jânio do Nascimento Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55622220911>

CAPÍTULO 12..... 147

RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marcilena Costa Carneiro

Maria Beatriz Loiola Viana
Suiene Cristina Mendonça da Silva
Talita Wiven Nobre Pinheiro
Lucino Saraiva de Campos Neto
Thayse Moraes de Moraes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55622220912>

CAPÍTULO 13..... 158

RELATO DE CASO DE PACIENTE COM DOENÇA DE KAWASAKI INCOMPLETO, COM MENOS DE 6 MESES DE IDADE

Ana Carolina Betto Castro
Danielle Cristina Penedo
Déborah Carvalho Cavalcanti
Helena Varago Assis
Juliana Rodrigues Dias
Nyara Lysia Barbosa Mendonça
Wallan de Deus Caixeta Matos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55622220913>

CAPÍTULO 14..... 164

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER E O PAPEL DA ENFERMAGEM NESSE DESAFIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Letícia Sousa do Nascimento
Gabriel Costa Vieira
Rita Neta Gonçalves da Cruz
Renata Campos de Sousa Borges
Darielma Ferreira Morbach
Mirian Letícia Carmo Bastos
Karoline Costa Silva
Julyany Rocha Barrozo de Souza
Dayane Vilhena Figueiró
Maria Clara Silva Souza
Silvio Henrique dos Reis Junior
Daniele Lima dos Anjos Reis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55622220914>

SOBRE OS ORGANIZADORES 178

ÍNDICE REMISSIVO..... 181

CAPÍTULO 10

QUALIDADE DE VIDA: DEFINIÇÃO E MENSURAÇÃO

Data de aceite: 01/09/2022

Data de submissão: 06/07/2022

Flaviane Cristina Rocha Cesar

Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)
Goiânia - Goiás
<http://orcid.org/0000-0002-2659-2871>

Millena Santana da Silva Marcos

Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)
Goiânia - Goiás
<https://orcid.org/0000-0001-9863-7525>

Bruna Silva de Deus

Centro Universitário Sul-Americano
(UNIFASAM)
Goiânia – Goiás
<https://orcid.org/0000-0002-4731-5646>

Isabella Rodrigues Siriano

Centro Universitário Sul-Americano
(UNIFASAM)
Goiânia – Goiás
<https://orcid.org/0000-0002-8044-5573>

Giovanna Cintra da Costa Pessoa

Centro Universitário Sul-Americano
(UNIFASAM)
Goiânia – Goiás
<https://orcid.org/0000-0003-1369-3291>

Matheus Pessoa Costa Cintra

Centro Universitário Sul-Americano
(UNIFASAM)
Goiânia – Goiás
<https://orcid.org/0000-0003-4258-5927>

Danielle Bianca Rodrigues

Centro Universitário Sul-Americano
(UNIFASAM)
Goiânia – Goiás
<https://orcid.org/0000-0002-3927-7061>

Pâmella Vitória Martins Machado

Centro Universitário Sul-Americano
(UNIFASAM)
Goiânia – Goiás
<http://orcid.org/0000-0003-4501-4943>

Angela Gilda Alves

Centro Universitário Sul-Americano
(UNIFASAM)
Goiânia – Goiás
<http://orcid.org/0000-0003-2246-719X>

Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira

Universidade Federal de Goiás (UFG)
Goiânia - Goiás
<http://orcid.org/0000-0002-1055-1354>

RESUMO: O interesse na Qualidade de Vida acompanha a humanidade desde Aristóteles, em que registros relacionados à “boa vida” e “ser feliz” foram encontrados. A expressão “Qualidade de Vida” foi utilizada pela primeira vez em 1964, pelo presidente estadunidense Lyndon Johnson, chefe de estado da época, como aspecto fundamental a ser considerado no contexto do desenvolvimento socioeconômico. Ainda nesse sentido, com avanços tecnocientífico nos serviços de saúde, a expectativa de vida foi ampliada, levando os indivíduos à ânsia por mecanismos que mensurassem sua vida após o processo de

cura ou erradicação de doenças. Desta forma, na década de setenta, a Qualidade de Vida se tornou um veículo para avaliação dos resultados de ações em saúde que foram aplicadas como medidas de intervenções, tornando-se uma alternativa aos insuficientes veículos de mensuração preexistentes. As mudanças observadas nos cenários socioeconômicos e políticos ao longo do tempo resultaram em diferentes aplicabilidades do termo Qualidade de Vida, que foram agrupadas por Farquhar, em 1995, em “por foco”; “combinação globais específicas”; “tipos de componentes” e “globais”. Enquanto isso, a definição de Qualidade de Vida apresentada pela Organização Mundial da Saúde inclui a perspectiva transcultural, com a participação de múltiplos profissionais da saúde especialistas em Qualidade de Vida e pacientes, além do processo de tradução e retro tradução, para assegurar a equivalência e semântica. Após a modulação de um conceito universal, a criação de diferentes instrumentos de mensuração da Qualidade de Vida foi necessária, a fim de abranger os diferentes aspectos humanos avaliados. Em conclusão, com a aplicação dos mecanismos de verificação da Qualidade de Vida, observou-se necessidade de desenvolvimento de instrumentos que demandassem menor tempo de aplicação, mas que mantivessem as características psicométricas e a definição conceitual antes estabelecida, sendo necessária a revisão dos parâmetros utilizados nos instrumentos, em virtude das modificações socioeconômicas apresentadas na atualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde; Instrumento de verificação de saúde.

QUALITY OF LIFE: DEFINITION AND MEASUREMENT

ABSTRACT: The interest in Quality of Life accompanies humanity since Aristotle, where records related to the “good life” and “being happy” were found. The expression “Quality of Life” was used for the first time in 1964, by the American president Lyndon Johnson, head of state at the time, as a fundamental aspect to be considered in the context of socioeconomic development. Still in this sense, with techno-scientific advances in health services, life expectancy was extended, leading individuals to yearn for mechanisms to measure their life after the process of cure or eradication of diseases. Thus, in the 1970s, Quality of Life became a vehicle for evaluating the results of health actions that were applied as intervention measures, becoming an alternative to the insufficient pre-existing measurement vehicles. The changes observed in the socioeconomic and political scenarios over time resulted in different applicability of the term Quality of Life, which were grouped by Farquhar, in 1995, into “by focus”; “specific global combination”; “component types” and “global”. Meanwhile, the definition of Quality of Life presented by the World Health Organization includes the cross-cultural perspective, with the participation of multiple health professionals who are Quality of Life experts and patients, in addition to the process of translation and back-translation, to ensure equivalence and semantics. After the modulation of a universal concept, the creation of different instruments for measuring Quality of Life was necessary, in order to cover the different human aspects assessed. In conclusion, with the application of the mechanisms for verification of Quality of Life, it was observed the need for development of instruments that demanded less time for application, but that maintained the psychometric characteristics and the conceptual definition previously established, being necessary the revision of the parameters used in the instruments, due to the socioeconomic modifications presented nowadays.

KEYWORDS: Health; Health Verification Instrument.

1 | DEFINIÇÃO E MENSURAÇÃO

A preocupação com a Qualidade de Vida (QV) das pessoas vem de longa data, registros de Aristóteles (384-322 a.C.) mostraram seu interesse com a percepção dos indivíduos sobre a “boa vida” ou “ser feliz” (ARISTÓTELES, 1999), termos que são próximos dos conceitos de QV atuais (FLECK *et al.*, 2008). O uso da expressão QV surge em 1964, usada por Lyndon Johnson, então presidente dos Estados Unidos, que a apresentou como aspecto fundamental a ser considerado no contexto do desenvolvimento social e econômico (FLECK *et al.*, 1999).

Os intensos avanços científicos e tecnológicos dos serviços de saúde resultaram em um aumento da expectativa de vida da população, esse público passou a ansiar por avaliações que considerassem sua vida após a cura ou cronicização da doença. Em meados da década de 1970, a QV se tornou uma medida de desfecho em saúde em resposta a essa necessidade, sendo uma alternativa as avaliações tradicionais, clínicas e laboratoriais, que se revelaram insuficientes para mensurar o impacto de enfermidades em diferentes contextos da vida dos pacientes (FLECK *et al.*, 2008).

As constantes mudanças nos setores sociais, econômicos e político ao longo do tempo resultaram em inúmeras aplicabilidades da QV, entre elas, econômica (voltada para o uso de indicadores sociais), psicológica (contemplando reações subjetivas relacionadas às vivências pessoais), biomédica (com foco na cura, sobrevivência e efeitos colaterais de tratamento) e geral, que aborda os indivíduos em vários aspectos (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Por consequência de seu amplo uso, surgiram várias definições relacionadas à QV (FARQUHAR, 1995). Nesse ambiente, cabe destacar as categorias propostas por Farquhar (1995) que as dividem em: por foco, combinação globais e específicas, tipo de componente, e globais (Figura 1).

As definições por foco descrevem a QV por meio da análise de características particulares de uma população ou fenômeno (FARQUHAR, 1995). A abordagem da QV relacionada a uma doença específica constitui um exemplo desse grupo, pois ela focaliza em questões singulares de uma doença, condição, população ou problema no sentido de compor suas dimensões de avaliação (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

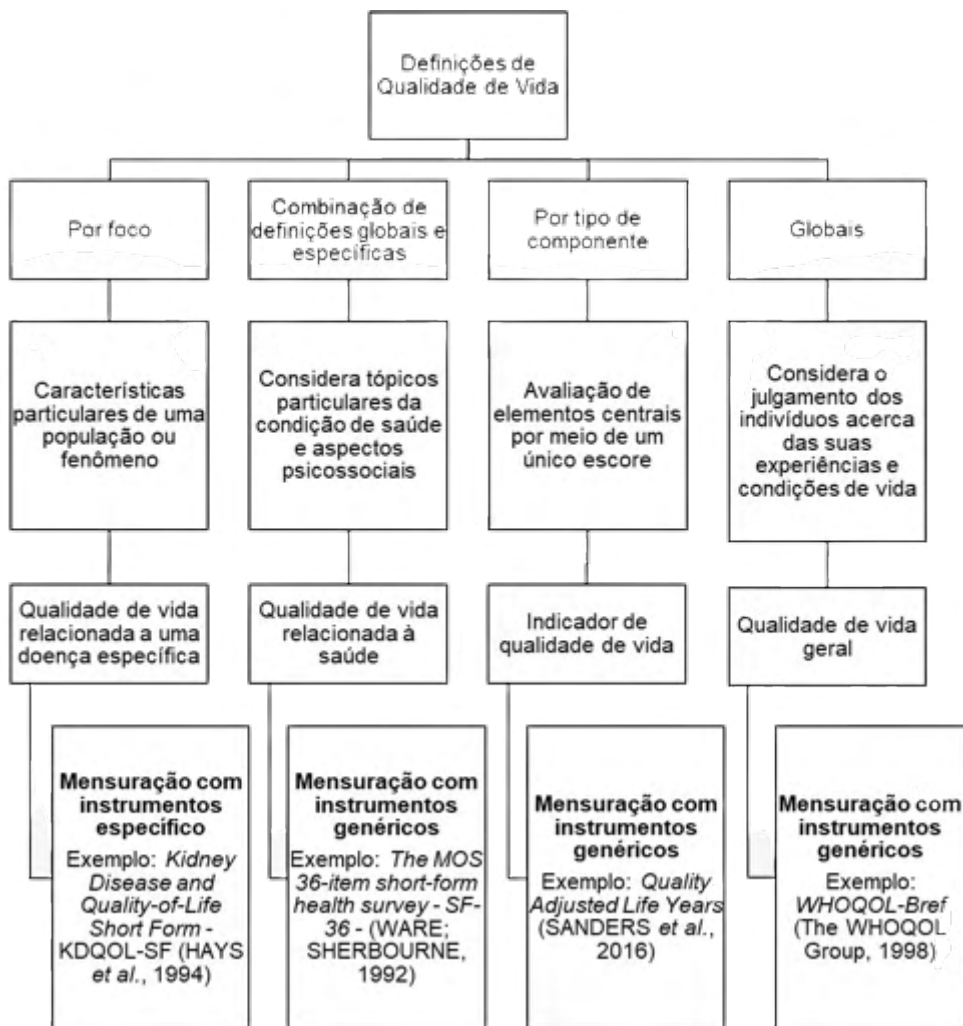


Figura1: Esquema sobre definições e formas de mensuração da qualidade de vida.

Fonte: Elaborado pela autora com base na literatura (PATRICK; DEYO, 1989; GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993; FARQUHAR, 1995; THE WHOQOL GROUP, 1995; FLECK *et al.*, 1999; FLECK, 2001; FLECK *et al.*, 2008).

A combinação de definições une características globais com específicas, considerando tópicos particulares da condição de saúde e dimensões psicossociais que podem assumir igual ou maior relevância para o paciente (FARQUHAR, 1995). A qualidade de vida relacionada à saúde ilustra a perspectiva desse grupo, ela propõe avaliar elementos gerais, porém diretamente relacionados ao processo de saúde-doença enfatizando o estado funcional e senso de bem-estar (WARE; SHERBOURNE, 1992; FLECK, 2001).

As definições por tipo de componente não objetivam avaliar todos os elementos da QV, elas partem de um número infinito de dimensões relevantes para o indivíduo selecionando

elementos centrais a fim de avaliá-la por meio de um único indicador (FARQUHAR, 1995).

A ideia de satisfação e felicidade, considerando o julgamento dos indivíduos acerca das suas experiências e, como essas os afetam, sendo um reflexo das suas condições de vida, são geralmente incorporadas pelas definições globais (FARQUHAR, 1995). Nessa perspectiva, o termo também pode ser denominado de QV geral e permite relacionar expectativas, motivações e recursos disponíveis com satisfação e bem-estar (FLECK, 2001). Esse tipo de definição tem maior potencial de comparação e aplicabilidade dos resultados observados e, tem como exemplo, a definição de QV da OMS (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A construção da definição de QV da OMS foi realizada em uma perspectiva transcultural e envolveu uma abordagem colaborativa entre diferentes países com a participação de profissionais de saúde, especialistas em QV e pacientes, além do processo de tradução e retro tradução para assegurar a equivalência conceitual e semântica entre os diferentes idiomas dos países envolvidos, e constituiu o primeiro passo para o desenvolvimento de um instrumento que permitisse a sua avaliação (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Em relação a esse definição destaca-se três características: a subjetividade, a sua natureza multidimensional e a presença de dimensões positivas e negativas (FLECK *et al.*, 1999). A subjetividade compreende que a realidade objetiva só é considerada quando percebida pelo indivíduo, ou seja, apenas o próprio indivíduo é capaz de avaliar a sua realidade (FLECK *et al.*, 2008).

A multidimensionalidade se refere as várias dimensões que o compõe (FLECK *et al.*, 2008) como o domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relacionamento social, ambiente e espiritualidade/religião/crença pessoal (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A ambivalência positiva e negativa das dimensões refere-se a elementos que, quando presentes, geram avaliação positiva da QV, por exemplo, a mobilidade e, em contrapartida, os elementos como a dor, que quando presentes resultam em avaliação negativa da QV (FLECK *et al.*, 1999).

Diante desse cenário, houve a necessidade de desenvolver mecanismos distintos que correspondessem às diferentes definições, resultando em diversos instrumentos, classificados em genéricos e específicos (PATRICK; DEYO, 1989).

Os instrumentos específicos focam em pontos próprios de uma área de interesse, sendo úteis aos estudos ligados a prática clínica e/ou que pretendem avaliar o impacto de intervenções e desfechos em saúde relacionados à QV. As principais desvantagens do seu uso são a impossibilidade de comparação entre grupos com diferentes condições de saúde e sua limitação a uma população e/ou intervenção (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993). Exemplos desses tipos de ferramentas são o *Kidney Disease and Quality-of-Life Short Form - KDQOL-SF* (HAYS *et al.*, 1994) e o *Diabetes Quality-of-Life - DQOL* (DCCT GROUP, 1988).

Os instrumentos genéricos subdividem-se em medidas de utilidade e medidas de perfil

de saúde, podem ser aplicados em pessoas com condições clínicas e sociodemográficas diversas, sendo apropriados para o desenvolvimento de políticas públicas e investigações epidemiológicas (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

As medidas de utilidade buscam refletir as preferências dos pacientes por meio de um único escore, sendo úteis na determinação da continuidade de tratamentos considerando seu custo-utilidade (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993), a exemplo do *Quality Adjusted Life Years* (SANDERS *et al.*, 2016). Constituem limitações desses tipos de medidas a impossibilidade de examinar o efeito de múltiplos itens na QV e a dificuldade de estabelecer valores de utilidade (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

As medidas de perfil de saúde avaliam em um único instrumento múltiplos componentes da QV incluindo dimensões físicas, psicológicas, interação social e categorias independentes como alimentação e sono. Em contrapartida, eles podem ser incapazes de detalhar sozinho particularidades de uma área de interesse ou de um grupo específico na sua avaliação (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993). Exemplos desses tipos de medidas são o *The World Health Organization Quality of Life instrument - WHOQOL-100* (THE WHOQOL GROUP, 1998b) e o *The World Health Organization Quality of Life instrument - WHOQOL-BREF* (THE WHOQOL GROUP, 1998a).

O Grupo WHOQOL desenvolveu o instrumento genérico *The World Health Organization Quality of Life instrument* (WHOQOL-100) para avaliar a QV, com 100 questões distribuídas nos domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais, cuja resposta é disposta em escala tipo *Likert* (FLECK *et al.*, 2008).

Entretanto, a necessidade de um instrumento com menor tempo de aplicação mantendo as mesmas características psicométricas e atendendo ao mesmo conceito de QV, resultou no desenvolvimento do WHOQOL-BREF (THE WHOQOL GROUP, 1998a). Instrumento conta com 26 questões distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente e duas questões gerais sobre a QV e saúde (FLECK *et al.*, 2000).

A aplicação do WHOQOL-BREF tem recebido destaque nos últimos anos. O instrumento tem sido base para a avaliação da QV na população geral (CRUZ *et al.*, 2011; NEDJAT *et al.*, 2011; XIA *et al.*, 2012; PATRÍCIO *et al.*, 2014) e entre populações específicas, como portadores do vírus da imunodeficiência humana (O'CONNELL; SKEVINGTON, 2012), idosos (CHACHAMOVICH *et al.*, 2008) e portadores de deficiência auditiva (CHAVEIRO *et al.*, 2013).

No Brasil, a validação e adaptação transcultural do WHOQOL-BREF foi realizada por Fleck *et al.* (2000) apresentando boa consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste. O estudo que originou esses resultados foi realizado em uma amostra de 300 participantes, 50 controles e 250 pacientes das áreas de clínica médica, cirúrgica, psiquiatria e ginecologia de um

hospital no sul do país (FLECK *et al.*, 2000).

Estudos recentes sustentam o uso da aplicação da versão brasileira do WHOQOL-BREF entre estudantes da área da saúde mantendo boas propriedades psicométricas (TEMPSKI *et al.*, 2015; SERINOLLI; NOVARETTI, 2017).

2 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As constantes modificações no perfil socioeconômico dos países interferem diretamente na QV dos indivíduos. Neste sentido, os instrumentos utilizados para mensurar o bem-estar social atrelado à saúde devem abranger os amplos aspectos relacionados ao indivíduo, de modo holístico.

Assim, em virtude das modificações observadas com o decorrer do tempo e rearranjo social, é necessário que os instrumentos de mensuração da QV abordem todos os aspectos ligados à vida humana, de forma eficaz e atualizada.

REFERÊNCIAS

ARISTÓTELES. **Nicomachean ethics. Book I. Section 4.** Kitchener: Batoche Books, 1999. Disponível em: < <https://socserv2.socsci.mcmaster.ca/econ/ugcm/3ll3/aristotle/Ethics.pdf> > Acesso em: 25/07/2022

CHACHAMOVICH, E. *et al.* Brazilian WHOQOL-OLD module version: a Rasch analysis of a new instrument. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.2, p. 308-316/2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6679.pdf>>. Acesso em: 25/07/2022

CHAVEIRO, N. *et al.* Instruments in brazilian sign language for assessing the quality of life of the deaf population. **Rev. Saúde Pública**, v.47, n.3, p. 616-623/2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n3/en_0034-8910-rsp-47-03-0616.pdf>. Acesso em: 25/07/2022

CRUZ, L. N. *et al.* Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-bref in a southern general population sample. **Qual. Life. Res.**, v.20, n.7, p. 1123-1129/2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21279448>>. Acesso em: 01/09/2022

DCCT GROUP. Reliability and validity of a diabetes quality-of-life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT). The DCCT Research Group. **Diabetes Care**, New York, v.11, n.9, p. 725-732/1988. Disponível em: < <https://doi.org/10.2337/diacare.11.9.725>>. Acesso em: 25/07/2022

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **J. Adv. Nurs.**, v.22, n.3, p. 502-508/1995. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7499618>>. Acesso em: 01/09/2017

FLECK, M. P. A. Avaliação de qualidade de vida. In: FRAGUAS, R.; FIGUEIRO, J. A. B. (Org.). **Depressões: em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias.** São Paulo: Atheneu, 2001. p.33-43. ISBN 9788573793048.

FLECK, M. P. A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.21, n.1, p. 19-28/1999. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100006&nrn=iso>. Acesso em: 01/03/2017

FLECK, M. P. A. *et al.* **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228 p.

FLECK, M. P. A. *et al.* Application of the portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.2, p. 178-1832000. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10881154>>. Acesso em: 01/04/2017.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. **Ann. Intern. Med.**, v.118, n.8, p. 622-629, Abril. 1993. Disponível em: < <http://annals.org/aim/article-abstract/706284/measuring-health-related-quality-life?volume=118&issue=8&page=622>>. Acesso em: 25/07/2022

HAYS, R. D. *et al.* Development of the kidney disease quality of life (KDQOL) instrument. **Qual. Life Res.**, v.3, n.5, p. 329-3381994. Disponível em: < <https://doi.org/10.1007/BF00451725>>. Acesso em: 01/10/2013

NEDJAT, S. *et al.* Quality of life among an Iranian general population sample using the World Health Organization's quality of life instrument (WHOQOL-BREF). **Int. J. Public Health**, v.56, n.1, p. 55-612011. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-010-0174-z>>. Acesso em: 01/02/2017

O'CONNELL, K. A.; SKEVINGTON, S. M. An International quality of life instrument to assess wellbeing in adults who are HIV-positive: A short form of the WHOQOL-HIV (31 items). **AIDS and Behavior**, v.16, n.2, p. 452-4602012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-010-9863-0>>. Acesso em: 01/09/2012

PATRÍCIO, B. *et al.* Quality of life predictors and normative data. **Soc. Indic. Res.**, v.119, n.3, p. 1557-1570, 2014 Dec 23. 2014. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-013-0559-5>>. Acesso em: 25/07/2022

PATRICK, D. L.; DEYO, R. A. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. **Med. Care**, v.27, n.3, p. S217-S2321989. Disponível em: < <http://www.jstor.org/stable/3765666>>. Acesso em: 25/07/2022

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. D. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fis. esporte**, v.26, n.2, p. 241-2502012. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rbefe/article/view/45895/0>>. Acesso em: 01/07/2017.

SANDERS, G. D. *et al.* Recommendations for conduct, methodological practices, and reporting of cost-effectiveness analyses: Second panel on cost-effectiveness in health and medicine. **Jama**, v.316, n.10, p. 1093-11032016. Disponível em: < <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2552214>>. Acesso em: 13/07/2017.

SERINOLLI, M. I.; NOVARETTI, M. C. Z. A cross-sectional study of sociodemographic factors and their influence on quality of life in medical students at Sao Paulo, Brazil. **PLoS ONE**, v.12, n.7, p. 1-13, July. 2017. Disponível em: < <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0180009&type=printable>>. Acesso em: 24/09/2017.

TEMPSKI, P. *et al.* Relationship among medical student resilience, educational environment and quality of life. **PLoS One**, v.10, n.6, p. e0131535/2015. Disponível em: < <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131535>>. Acesso em:

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. **Psychol. Med.**, v.28, n.3, p. 551-558/1998a. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9626712>>. Acesso em: 01/05/2022

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc. Sci. Med.**, v.46, n.12, p. 1569-1585, Jun. 1998b. Disponível em: < [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)>. Acesso em: 25/07/2022

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v.41, n.10, p. 1403-1409/1995. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>>. Acesso em: 25/07/2022

WARE, J. E., JR.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med. Care**, v.30, n.6, p. 473-483, Jun. 1992. Disponível em: < <http://www.jstor.org/stable/3765916>>. Acesso em: 25/07/2022

XIA, P. *et al.* Quality of life of Chinese urban community residents: a psychometric study of the mainland Chinese version of the WHOQOL-BREF. **BMC Med. Res. Methodol.**, v.12, p. 37/2012. Disponível em: < <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-12-37>>. Acesso em: 25/07/2022

CAPÍTULO 11

QUEIXAS URINÁRIAS E FATORES DE RISCO EM COSTUREIRAS NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

Data de aceite: 01/09/2022

Rebeca Rayane Alexandre Rocha

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário
UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/2115720808219941>

Ana Beatriz Marques Barbosa

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário
UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/4639243456176064>

Mayara Miranda de Oliveira

Médica pelo Centro Universitário UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/8718860345273969>

Natasha Gabriela Oliveira da Silva

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário
UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/3940868330568436>

Rafaela Mayara Barbosa da Silva

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário
UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/7442428092034931>

Rebeca Barbosa Dourado Ramalho

Acadêmica de Medicina da Universidade
Salvador – UNIFACS
Salvador – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/3988100529213087>

Fernanda Nayra Macedo

Acadêmica de Medicina do Centro Universitário
UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/4187880077460947>

Daniella Bruna Ramos Rodrigues

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário
UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/6703970560683673>

Caroline Pereira Souto

Acadêmica de Medicina do Centro Universitário
UNIPÊ
João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/3432993174210459>

Amanda Costa Souza Villarim

Acadêmica de Medicina do Centro Universitário
UNIPÊ
João Pessoa – Paraíba
<https://orcid.org/0000-0003-4608-3449>

Juliana Sousa Medeiros

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário
UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/9334113666868079>

Jânio do Nascimento Alves

Docente do Centro Universitário UNIFACISA
Fisioterapeuta Instituto de Saúde Elpidio de
Almeida
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/8015678364581688>

RESUMO: Introdução: a profissão de costureiro é realizada predominantemente por mulheres, sendo a população feminina mais acometida por disfunções do assoalho pélvico, como incontinência urinária (IU). **Objetivo:** Analisar as queixas urinárias e os fatores de riscos associados em costureiras. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa descritiva; transversal, de caráter exploratório, e abordagem quantitativa, a população foi composta por participantes do sexo feminino que trabalhassem há pelo menos 05 anos como costureiras na cidade de Santa Cruz do Capibaribe-PE e sem comorbidades. Para coleta de dados foi utilizado um questionário online elaborado pelos pesquisadores. **Resultados:** as mulheres em sua maioria eram pardas, possuíam ensino médio e tinham companheiro. As queixas urinárias mais frequentes foram: gotejamento pós miccional, relatado por 51% da amostra, 40% referiram urgência e 24% das mulheres referiram IU ao manipular água ou líquido. Em relação aos fatores de risco mais comuns, foram encontrados: adiar a micção para atender a demanda do trabalho (73%), e constipação (60%). **Conclusão:** as queixas urinárias mais frequentes na amostra foram o gotejamento pós miccional e a urgência. Entre os fatores de risco, mais observou-se o retardo em urinar e constipação.

PALAVRAS-CHAVE: Sintomas do Trato Urinário Inferior. Incontinência Urinária. Categorias de Trabalhadores.

ABSTRACT: Introduction: the seamstress profession is predominantly performed by women, with the female population being most affected by pelvic floor dysfunctions, such as urinary incontinence (UI). **Objective:** To analyze urinary complaints and associated risk factors in dressmakers. **Methodology:** this is a descriptive research; transversal, exploratory, and quantitative approach, the population was composed of female participants who had worked for at least 05 years as seamstresses in the city of Santa Cruz do Capibaribe-PE and without comorbidities. For data collection, an online questionnaire prepared by the researchers was used. The research project was approved by the CAAE: 33606520.7.0000.5175. **Results:** the majority of women were brown, had high school and had a partner. The most frequent urinary complaints were: post voiding drip, reported by 51% of the sample, 40% reported urgency and 24% of women reported UI when handling water or liquid. In relation to the most common risk factors, the following were found: postponing urination to meet the demand for work (73%), and constipation (60%). **Conclusion:** the most frequent urinary complaints in the sample were post-voiding drip and urgency. Among the most risk factors, delayed urination and constipation were observed.

KEYWORDS: Lower Urinary Tract Symptoms. Urinary Incontinence. Occupational Groups.

INTRODUÇÃO

O crescimento de comércio e vendas no setor têxtil leva à demanda de maior número de costureiras trabalhando. Entretanto, quando isso não é possível, acaba sendo refletido em acréscimo de carga horária aos trabalhadores do setor de costura. Esse aspecto pode influenciar direta e indiretamente no aparecimento de comorbidades a esses trabalhadores (ARAUJO; OLIVEIRA; SALDANHA, 2017).

Por estarem submetidas a esse tipo de rotina, as costureiras podem apresentar disfunções do assoalho pélvico, como a incontinência urinária (IU), pois além da rotina de

trabalho, as alterações na continência urinária podem acometer cerca de 50% da população feminina. As IU's são de ordem multifatorial, e estão ligadas a fatores de riscos como: idade avançada, partos vaginais, deficiência estrogênica, obesidade, entre outros (MOURÃO *et al.*, 2008).

Os seres humanos possuem o diafragma pélvico musculofascial, que está localizado na pelve e é delimitado desde sua porção superior e inferior em forma de funil. Juntamente com outros músculos, fâscias e ligamentos, o diafragma compõem o assoalho pélvico (AP) que dispõe do único grupo de músculo do corpo humano capaz de controlar as ações esfínterianas da uretra, vagina e ânus e sustentar os órgãos pélvicos do sistema reprodutor simultaneamente. A existência de distúrbios nas funções das estruturas que formam o AP, provoca disfunções que causam danos importantes em suas vidas (BARACHO, 2018).

A International Continence Society (ICS), define a IU como qualquer tipo de perda urinária de forma involuntária, que pode acometer qualquer pessoa, seja qual for a idade ou sexo (PEDRO *et al.*, 2011). A Incontinência Urinária (IU) é um sintoma que está ligado ao processo de armazenamento de líquido na bexiga, e é descrita por se caracterizar como qualquer queixa que se refira a perda de urina de maneira involuntária. É classificada entre três principais divisões: Incontinência Urinária de Esforço (*IUE*) processo em que há a perda involuntária de urina em realização de atividades de impacto ou que demandem esforços, Incontinência Urinária de Urgência (*IUU*), caracterizada pela perda involuntária de urina associada à precisão/vontade imediata de urinar e, por fim, a Incontinência Urinária Mista (*IUM*) definida como aquela em que há queixa de união de sintomas da IUE e IUU, ou seja, perda de urina associada aos esforços e urgência (ABRAMS *et al.*; 2013).

Conforme DIAS *et al.* (2010), a IU afeta além dos aspectos higiênicos das mulheres assim como: aspecto social, emocional e físicos, que influenciam diretamente na qualidade de vida e colaboram no agravamento da morbidade e na vida das mulheres. As morbidades associadas à IU podem incluir infecções do trato urinário, prolongamento de internamentos, complicações devido ao uso prolongado de cateteres uretrais e as dermatites de contacto ou até progredir para um prolapso.

Com o índice alto de incontinência urinária em mulheres, o intuito desse trabalho será conhecer o acometimento de uma parcela específica de mulheres que são as mulheres que desenvolvem a atividade de costureira. Diante disso, será possível perceber se há necessidade de desenvolver estratégias para essa população, relacionadas as afeções do trato urinário inferior e AP.

Nesse contexto, essa pesquisa teve os seguintes objetivos: analisar as queixas urinárias e a prevalência de fatores de riscos ligados a costureiras sendo o objetivo geral, e traçar perfil sociodemográfico das costureiras, identificar a frequência de cada queixa urinária encontrada, observar os fatores de risco para queixas urinárias em costureiras.

METODOLOGIA

Essa pesquisa é caracterizada como descritiva; transversal, de caráter exploratório, e de abordagem quantitativa. Conforme Nascimento (2016), a pesquisa descritiva, precisa da obtenção de informações para descrever determinados fenômenos, perfis sociais, ou até mesmo correlacionar variáveis. O estudo transversal segundo Hochman (2005), é aquele em que há investigação do efeito, e de fatores ou causas em questão no mesmo intervalo de tempo.

Prodanov e Freitas (2013), descrevem a pesquisa exploratória como aquela que é caracterizada por propiciar maior conhecimento ao pesquisador quanto ao tema em questão, ou seja, busca oferece-lo maior familiaridade referente ao assunto pesquisado. Enquanto o estudo de abordagem quantitativa, se diferencia das demais por ser o tipo de pesquisa que analisa e avalia todo o conhecimento obtido sobre determinado assunto, através da quantificação feita por meio da tradução dessas informações em números, e além disso, utiliza recursos e técnicas estatísticas.

A pesquisa foi realizada na cidade de Santa Cruz do Capibaribe, localizada no Agreste de Pernambuco, a qual, tem como protagonista de sua economia, o comércio de confecção e apresenta o maior centro atacadista de confecção do Brasil, o Moda Center Santa Cruz.

A população escolhida para a realização da pesquisa foi composta por indivíduos que trabalham com costura em casa, por conta própria ou em facção de peças na cidade de Santa Cruz do Capibaribe-PE, sendo todos os participantes do sexo feminino. A amostra foi composta pelas costureiras que responderam ao questionário durante o período da coleta.

Foram incluídas na pesquisa costureiras com faixa etária entre 18 e 60 anos, que tinham pelo menos 5 anos de exercício de profissão de costureira, e que estavam atuando como costureira no momento da pesquisa. Foram excluídas da pesquisa as mulheres que estavam gestantes no momento da análise, que apresentaram comorbidades como hipertensão arterial crônica e diabetes.

Essa pesquisa ofereceu riscos como, a perda ou furto do dispositivo que guardava as informações dos participantes, podendo levar a quebra do sigilo e constrangimento. Todavia, pensando nisso, objetivando minimizar esse risco, o instrumento utilizado para coleta de dados não continha identificação dos participantes. Além deste, outro risco foi o de constrangimento ao responder perguntas sobre as condições das queixas urinárias. Portanto, quando o participante achou desconfortável ou constrangedor, aconselhou-se, para amenizar o risco, que a participante respondesse os questionários sem companhia por perto e em local reservado. Frisou-se ainda que a mesma pode negar a responder questões que a faça se sentir constrangida.

Mesmo que não traga benefícios diretos, esta pesquisa teve como benefício servir como fonte de conhecimento e informação para pessoas com interesse sobre o assunto,

além de promover reflexão e conhecimento sobre os principais fatores de riscos para desordens urinárias e atenção à saúde, procurando minimizar os quadros de queixas urinárias no público de costureiras.

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi por meio de questionário online, criado na plataforma Google Forms, com finalidade de traçar perfil sociodemográfico e identificar as queixas urinárias e os fatores de risco referidos durante a pesquisa, o instrumento foi compartilhado através de link enviado a grupos em WhatsApp, Instagram durante os meses de junho a agosto de 2020. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice A) foi o primeiro contato do participante com o questionário ao acessar o link a ele destinado, que pôde apenas ser respondido até que a opção que deseja participar da pesquisa voluntariamente seja selecionada.

O questionário (apêndice B) abrangeu dados sociodemográficos (idade, cor, estado civil, grau de escolaridade, trabalho por produção), questionário de queixas urinárias (frequência de eliminação de urina, perdas involuntárias de urina, urgências, hesitação antes de urinar, perda de urina inconsciente, dor ao urinar) e questionário sobre fatores de risco (quantidade de parto natural, número de cesárias, hábitos tabagistas, constipação, prática de atividades físicas de impacto, tosse crônica, limitação de ingestão de líquido, postergação de idas ao banheiro, quantidade de horas sentada).

Foram analisados os dados adquiridos e registrados na forma de banco de dados do software Microsoft Office Excel 2019, e ponderados por meio de estatística descritiva, através da apresentação de frequências e porcentagens, medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão) sobre o tema para discussões dos resultados obtidos.

Foi realizada a elaboração de tabelas o software Microsoft Office Word 2019, e o software Microsoft Office Excel 2019 para as tabelas. Os resultados foram apresentados mediante a análise descritiva e quantitativa, ou seja, através de números absolutos e percentuais, através de tabelas.

Esta pesquisa acatou aos requisitos da Declaração de Helsinque e esteve de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que confirma as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos tendo como base os princípios básicos bioéticos (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça).

Antes de coletar os dados, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética do CESED, sendo aprovado sob CAAE: 33606520.7.0000.5175 (ANEXO A), só então foi iniciado a coleta de dados da pesquisa, tendo como base a emissão do parecer favorável. As informações referentes a pesquisa estavam expressas no TCLE, o qual foi assinado (assinatura eletrônica) por cada participante, ficando totalmente assegurado a voluntariedade em participar deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obtidos por meio de questionário online, os resultados computados desta pesquisa foram de 57 participantes, entretanto, apenas 45 mulheres atenderam aos critérios de inclusão. Sendo todos do sexo feminino, e que trabalhassem a pelo menos 5 anos como costureira, e que se apresentassem entre as idades de 18 a 59 anos, afim de descrever queixas urinárias em mulheres costureiras da cidade de Santa Cruz do Capibaribe-PE.

Os dados sociodemográficos são apresentados abaixo na Tabela 1.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	N	PORCENTAGEM
IDADE (MÉDIA)	36,4	
ESCOLARIDADE		
FUNDAMENTAL COMPLETO	5	11%
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	11	24%
MÉDIO COMPLETO	22	49%
MÉDIO INCOMPLETO	4	9%
SUPERIOR COMPLETO	3	7%
SUPERIOR INCOMPLETO	0	0%
COR		
PARDA	28	62%
BRANCA	14	31%
NEGRA	1	2%
OUTRO	2	5%
ESTADO CIVIL		
CASADA/UNIÃO ESTÁVEL	25	56%
SOLTEIRA	18	40%
OUTRO	2	4%

Tabela 1- Dados Sociodemográficos

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A média de idade apresentada foi de $36,4 \pm 10,8$. Higa et al (2008), consideram a idade como o principal fator de risco para a IU feminina, na população geral, a prevalência de IU aumenta de acordo com o aumento da idade. Afetando a população feminina em geral a partir do climatério/menopausa, com índices de cerca de 40% na faixa etária de 35 a 80 anos. Determinados distúrbios urinários em mulheres mais velhas estão relacionados a diminuição dos níveis de estrógeno no organismo, a redução da capacidade de complacência da bexiga, que passa a apresentar-se entre 250 a 300ml, o que pode ser justificada pelo aumento da frequência urinária e da noctúria, doenças crônicas e até o aumento do índice de massa corpórea (IMC) comum na idade avançada. Sendo, portanto, o avançar da idade considerado fator de risco para IU.

Escolaridade foi representada, em sua maioria, por costureiras que possuíam apenas ensino médio completo (49%), 24% o fundamental incompleto e 11% apresentaram

fundamental completo. Spindola, Penna, Progianti (2006), raciocinam sobre a baixa escolaridade poder ser um dos agravantes para a saúde das mulheres, sendo considerado como um fator de risco obstétrico para queixas urinárias. A baixa escolaridade é um dos principais responsáveis pelo entendimento da população reduzido quanto aos seus cuidados em saúde, tendo-se como base a definição mais ampla de saúde físico psíquico e social, reafirmando neste estudo.

Ainda na tabela 1, observa-se que a cor parda prevaleceu em 62% das participantes, seguida pela cor branca (31%). De acordo com Guarisi et al (2001), provavelmente existem algumas diferenças na anatomia pélvica, na resistência uretral e nas estruturas que compõem o assoalho pélvico, o que protegem a maioria das mulheres negras da IU, portanto, podemos correlacionar essa afirmação os dados obtidos na tabela acima (tabela 1).

De acordo com pesquisa nos Estados Unidos da América, analisou-se que, entre cerca de 13 milhões de pessoas que apresentam incontinência urinária, 11 milhões delas (85%) eram do sexo feminino (SKARPA; HERRMANN, 2005), esse fato é justificado pela disposição anatômica da mulher, bem como por ações hormonais, puerperal e o enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico (MAP) que acontecem no decorrer do avançar da idade, resultando em disfunções pélvicas (HIGA et al, 2008). Esses fatos podem ser agentes determinantes de possíveis queixas urinárias.

A população feminina é considerada o público mais vulnerável em relação ao sexo masculino no que diz respeito a episódios de infecção do trato urinário (ITU). Segundo Masson et al (2009), as mulheres adultas têm 50 vezes mais predisposição de serem acometidas por infecção do trato urinário do que o público masculino. Esse fato se justifica pela disposição do sistema urinário da mulher, ou seja, difusão anatômica da uretra feminina e a curta distância entre a vagina e o ânus.

A tabela 2 apresenta dados referentes as queixas urinárias referidas pela amostra.

QUEIXAS URINÁRIAS	RESPOSTAS	N	PORCENTAGEM
QUANTIDADE DD VEZES QUE URINAM	ATÉ 8X POR DIA.	37	82%
	> DE 8X POR DIA.	8	18%
ACORDAM DURANTE A NOITE PARA URINAR	1X DURANTE A NOITE.	23	51%
	>1X DURANTE A NOITE	4	9%
	NÃO ACORDAM	18	40%
PERDEM URINA DORMINDO	SIM.	4	9%
	NÃO.	41	91%
APRESENTAM URGÊNCIA AO SENTIR VONTADE DE URINAR	SIM.	18	40%
	NÃO.	27	60%
PERDEM URINA AO SENTIR VONTADE DE URINAR	SIM.	9	20%
	NÃO.	36	80%
PERDEM URINA AOS ESFORÇOS	SIM.	8	18%
	NÃO.	37	82%
PERDEM URINA DURANTE RELAÇÃO SEXUAL	SIM.	3	7%
	NÃO.	42	93%
PERDEM URINA QUANDO ESTÃO ANSIOSAS	SIM.	11	24%
	NÃO.	34	76%
PERDEM URINA QUANDO MANIPULA ÁGUA	SIM.	2	4%
	NÃO.	43	96%
SENTEM DOR QUANDO URINAM	SIM.	6	13%
	NÃO.	39	87%
PERCEBERAM QUE AO SENTAR-SE PARA URINAR, DEMOROU SEGUNDOS PARA MICÇÃO	SIM.	5	11%
	NÃO.	40	89%
PERCEBERAM QUE AO SE VESTIR APÓS URINAR, CAIRAM GOTÍCULAS DE URINA.	CAEM GOTÍCULAS.	23	51%
	NÃO CAEM GOTÍCULAS.	22	49%

Tabela 2- Queixas urinárias

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Estudos demonstram que além de interferir na vida higiênica, social, emocional, os sintomas das IU (queixas urinárias), afetam a vida conjugal das mulheres. Apesar de tudo, um estudo relatou que tendo todos esses aspectos afetados pela patologia, a maioria das mulheres afetadas não procuram ajuda profissional ou tratamento algum. Algumas mulheres acham normal perder urina, portanto, sempre haverá um número crescente de casos e, muito deles não serão diagnosticados justamente pela subnotificação, pela falta de busca de tratamento e por acreditarem que sintomas de IU seja uma condição normal, resultado do processo próprio e comum do envelhecimento na vida da mulher, e não uma doença. (SILVA; LOPES, 2009).

Conforme os resultados obtidos, cerca de 18% das mulheres urinam mais de 8 vezes ao dia; 9% das participantes acordam mais de 1 vez durante a noite para urinar; cerca de 9% relatou que perde urina durante o sono; em média 40% apresentam urgência urinária; 20% das mulheres entrevistadas IU de Urgência; 18% referem perder urina involuntariamente aos esforços. 7% das costureiras relatam perder urina durante relação

sexual e 13% sentem disúria. Em questões emocionais, 24% perdem urina ao estarem ansiosas, 4% ao manipular água ou líquido, 11% percebem que há hesitação para iniciar o jato de urina, e 51% relatou que observam gotejamento pós miccional.

A perda de urina de maneira involuntária geralmente ocorre associada a quadros de infecções urinárias, ingestão de determinados fármacos, casos de diabetes descompensada, consumo de bebidas alcóolicas ou cafeína, ou até episódios de distúrbios emocionais. Pacientes com esse tipo de IU apresentam melhoras ao realizarem tratamento da causa subjacente. Em outros casos, a incontinência se apresenta de maneira crônica de início gradual, porém com agravamento progressivo os quais, geralmente competem aos subsequentes a alterações anatômicas e sistêmicas da mulher (BOTELHO, 2007).

Segundo Almeida et al (2011), o AP feminino recobre inferiormente a cavidade pélvica e atua em diversas funções como: suportar as vísceras abdominopélvicas, resistindo a aumentos da pressão intra-abdominal; ação esfínteriana uretral e anal; auxiliar na estabilização lombopélvica; função sexual; e permite a passagem do feto pela vagina no decorrer do parto. Os músculos do assoalho pélvico, através de atividade constante, devem promover sustentação dinâmica ao AP, favorecendo um mecanismo como de um trampolim autorregulado que regula continuamente sua tensão em resposta a variações de pressão e eventos, devendo contrair-se e relaxar reflexamente em situações de aumento ou declínio súbito das estruturas adjacentes ao MAP.

Pesquisas atuais têm enfatizado a interferência preocupante que a IU tem causado na qualidade de vida das mulheres acometidas pela mesma. Os eventos de IU que acontecem no decorrer das atividades realizadas diariamente tem sido responsáveis por constrangimentos social, influenciam na função sexual e contribuem para um baixo desempenho profissional dessas pacientes. Considerando o seu impacto na vida de mulheres, as alterações da IU são causas determinantes de estresses recorrentes, depressão, sentimento de vergonha, isolamento social, condições de incapacidade e principalmente baixa autoestima que resulta uma morbidade bastante significativa na saúde pública (HIGA et al, 2008).

Contudo, a maioria das pessoas que são acometidas por IU não procuram ajuda profissional e sentem-se constrangidas em falar sobre o assunto com pessoas próximas ou com um profissional de saúde, contribuindo para que esses indivíduos convivam com essa com essa queixa por muitos anos, sem procurar tratamento, e passam a considerá-la “normal”. É certo que tais distúrbios acabam atingindo negativamente diversos aspectos da vida, e não apenas o físico, como também o social e psicológico. As pessoas passam a evitar reuniões, convívios e relações com amigos e familiares, com receio de que as pessoas percebam o odor de urina (HONÓRIO; SANTOS, 2009).

O assoalho pélvico é composto por várias camadas de músculos e fáscias que atuam proporcionando suporte e funcionalidade às vísceras pélvicas. Dentre os diversos fatores envolvidos na origem de disfunções pélvicas, o funcionamento e estrutura da musculatura

do assoalho pélvico (MAP) são sem dúvida um dos importantes pontos a ser levado em consideração, acredita-se que alterações dos MAP's podem ser encontrada em cerca de 90% das mulheres com disfunções sexuais (BREDA, 2011).

Os sintomas mais comuns de queixa urinária entre as mulheres são os da incontinência urinária de esforço, o qual, é responsável por quase metade dos casos de queixas. A IUE tem atingido com mais frequência mulheres jovens com idade aproximadamente entre 25 e 49 anos. Por outro lado, mulheres na meia-idade são comumente acometidas pela IUM, enquanto as idosas, pela urge-incontinência (HIGA, et al, 2008).

Em relação ao perfil obstétrico, apresentado na Tabela 3, 13% das mulheres referem apenas 01 parto vaginal, e outros 13% relatam ter passado por 02 partos via vaginal. Em relação a cesariana, houve prevalência de apenas 01 parto (31%), 13% com experiência de até 02 partos e 11% de 03 partos cesárias ou mais.

PERFIL OBSTÉTRICO	RESPOSTAS	VALORES	PORCENTAGEM
PARTO NORMAL (VAGINAL)	02 PARTOS NORMAIS.	7	16%
	01 PARTO NORMAL.	6	13%
	NENHUM.	32	71%
CESÁRIA	03 OU MAIS CESÁRIAS.	5	12%
	02 CESÁRIAS.	6	13%
	01 CESÁRIA.	14	31%
	NENHUMA.	20	44%

Tabela 3- Perfil obstétrico

Fonte: Dados da pesquisa 2020

Um dos fatores de risco mais importantes são os partos por via vaginal, cirurgias pélvicas e outros traumas na região pélvica (BOTELHO, 2007). Alguns estudos relatam a relação existente entre a IU e o tipo de anestesia realizada durante o parto, este fator tem sido pouco estudado e existem controvérsias. Porém, vale salientar que a analgesia epidural foi considerada como um fator de risco por provocar um prorrogação do segundo estágio do trabalho de parto, contribuindo assim, para o aumento de riscos de lesões do AP, outro estudo, considerou a anestesia epidural como um fator protetor para as mulheres devido ao efeito de relaxamento gerado na musculatura do assoalho pélvico instigado pela anestesia, prevenindo assim de maneira direta ou indiretamente o assoalho pélvico de possíveis traumas no segundo momento do parto vaginal (HIGA et al, 2008).

A paridade, independentemente do tipo de parto, é considerada um dos fatores de riscos que mais se associa com o aparecimento de incontinência urinária, frequentemente a IU aparece durante a gravidez, podendo a predisposição aumentar de acordo com o número de paridade (PERSSON et al, 2000).

FATORES DE RISCOS	RESPOSTAS	VALORES	PORCENTAGEM
CONSTIPAÇÃO	SIM.	27	60%
	NÃO.	18	40%
TABAGISMO	SIM.	0	0%
	NÃO.	45	100%
TOSSE CRÔNICA	SIM.	2	4%
	NÃO.	43	96%
ATIVIDADE DE IMPACTO	SIM.	7	16%
	NÃO.	38	84%
EVITAM BEBER ÁGUA PELA DEMANDA DO TRABALHO	SIM.	13	29%
	NÃO.	32	71%
ADIAM A IDA AO BANHEIRO PELA DEMANDA DO TRABALHO	SIM.	33	73%
	NÃO.	12	27%
HORA DE TRABALHO POR DIA	MENOS DE 6HRS/D	4	9%
	ENTRE 6 E 9HRS/D	16	36%
	MAIS DE 9HRS/D	25	57%

Tabela 4- Fatores de risco

Fonte: Dados da pesquisa 2020

Analisando a Tabela 4, sobre fatores de risco, 60% da amostra relatam constipação e 4%, tosse crônica. Estudos abordam que os eventos que requerem o aumento da pressão intra-abdominal, como tosse crônica, atividades de alto impacto, constipação intestinal com esforço crônico para defecar e atividade física extenuante, também são fatores capazes de gerar condições de disfunções pélvicas como a IU, incontinência anal (IA), constipação terminal, distopia genital, disfunção sexual e dores (ALMEIDA, 2011).

Souza et al (2017), relatam que a constipação intestinal em mulheres que são acometidas com IU é o responsável por causar estiramento do reto promovendo uma compressão na bexiga, podendo afirmar então que durante o processo de evacuação intestinal pode haver lesões na musculatura pélvica e através delas, traumatizar e causar isquemia nesses músculos. Esse aumento excessivo da PIA, comprime os órgãos pélvicos contra o suporte muscular, demandando uma maior atividade tônica e fásica dos músculos pélvicos para manter o equilíbrio e suporte, essa alteração na elevação prolongada da PIA pode causar estiramento das estruturas que compõe o AP e evoluir no decorrer do tempo, para o prolapso dos órgãos pélvicos (MESSELINK et al, 2005).

Sobre a prática de atividades de alto impacto, a mesma foi referida por 16% da amostra, fato este, que influencia diretamente no funcionamento do AP da mulher devido ao frequente aumento da pressão intra-abdominal, podendo causar fadiga e/ ou danos estruturais aos músculos e elementos conectivos do AP. Podendo levar a disfunções no sistema uretrovesical, uterovaginal no anorretal ou até em mais de um ao mesmo tempo (MARINHO et al, 2006). Mendes (2015), afirma que durante atividades de esforços, saltos

ou corridas, tosse, esses músculos precisam são recrutados para juntos trabalharem servindo de suporte para os músculos do AP.

Os exercícios são considerados bons para saúde, entretanto, estudos demonstram que os exercícios que estabelecem altos esforços físicos e demandam impactos geram aumento excessivo na pressão intra-abdominal, e esse aumento na região abdominal sobrecarrega os órgãos pélvicos, empurrando-os contra o assoalho pélvico, para baixo, ocasionando danos aos músculos responsáveis pelo suporte desses órgãos. Tendo isto em vista, o exercício torna-se um fator de risco para o desenvolvimento da incontinência urinária na mulher, mesmo naquelas que não apresentam históricos de partos e gestações. As atividades esportivas que geram aumento repetitivo da pressão intra-abdominal (PIA) podem gerar danos nos MAP, nos ligamentos cardinal e uterossacro, e no tecido conjuntivo do AP (CAETANO et al, 2007).

Nota-se ainda, que a totalidade da amostra não era tabagista. A flacidez dos músculos do AP é considerada como etiologia para diversas disfunções, como as disfunções miccionais, disfunções sexuais e disfunções anorretais, dentre outras patologias que podem ocorrer isoladamente ou associados a essas, e, que têm origens multifatoriais, como: atividades de esforço físico intenso, tabagismo, envelhecimento, tosse crônica, traumatismo, multiparidade, climatério, cirurgias ginecológicas, disfunções do colágeno e história familiar (CAMARGO et al, 2016).

Ainda de acordo com a Tabela 4, o número de mulheres que relatam a ida ao banheiro e têm a hidratação corporal reduzida pela demanda de trabalho foi bastante significativo, sendo 73% e 33% respectivamente, e 57% das mulheres entrevistadas trabalham mais de 9 horas por dia costurando na posição sentada aumentando chances de desordens musculoesqueléticas.

Outra questão que merece a atenção, porém passa despercebida é o consumo hídrico diário. Sobre isso, o que geralmente se percebe é que a maioria das pessoas que sofrem de IU, acabam evitando ou reduzindo o volume de consumo de água diários, pelo medo de interferir no acréscimo das idas ao banheiro ou perdas de urina. Atualmente, o que muito se observa são esses casos de pacientes que passam a minimizar a hidratação por apresentarem uma baixa ingestão de água, seja pelo medo de perder mais urina, ou de não ter sede que é o caso das costureiras. ou até por muitas vezes optarem pelo café no lugar da água (LOPES; HIGA, 2006).

Estudos mostram que os sintomas de queixas urinárias muitas vezes estão ligados ao modo de vida das pessoas, como por exemplo o fato da ingestão de alimentos ou líquidos que irritam a bexiga e contribuem para o aumento da frequência ou perda urinária, ou outro acometimento que acaba de maneira indireta contribuindo para a IU como a constipação, que de acordo com Honório e Santos (2009), quando tratada a constipação, os sintomas de incontinência urinária também diminuiriam.

A redução de ingestão hídrica reage no organismo fazendo com que a urina do

corpo humano se torne mais concentrada, convertendo-a em um meio de cultura com grande quantidade de metabólitos que contribuem para o crescimento de microorganismos no sistema urinário (MIMS, 2014). Mura e Silva (2010) afirmam, que o caso de um indivíduo urinar menos vezes ao dia em razão da redução de ingesta hídrica, permite que a urina permaneça por um tempo mais prolongado na bexiga, contribuindo também para a multiplicação de agentes patológicos. Sendo assim, o retardo do esvaziamento voluntário órgão urinário colaboram como risco para a infecção urinária. Portanto, é de extrema importância o consumo hídrico diário ideal para cada indivíduo.

As infecções urinárias de repetição podem provocar a IU de urgência. Várias mulheres relatam sofrer com restrição do tempo de permanência fora de casa, ficar molhada pela perda de urina, incômodo pelo odor da urina entre outros. Esses aspectos agem contribuindo para mal estar feminino (PEDRO et al, 2011). A ITU que afeta o trato urinário baixo (cistite), geralmente pode acontecer com a clínica dos seguintes episódios urgência miccional, polaciúria, disúria, noctúria ou até dor suprapúbica.

O conflito causado pelos sintomas da IU na vida de uma mulher afeta além de aspectos físicos. Mulheres com incontinência urinária se sentem envergonhadas, constrangidas para a realização de quaisquer atividades sociais e esportivas, e principalmente menos atraídas no que diz respeito a relação sexual. A IU também está ligada a sentimentos de incapacidade, solidão e tristeza o que abre grande parente para ansiedade e depressão. Não é em vão que pesquisas apontam um número significativo de mulheres com sintomas graves de incontinência associados a sintomas psicológicos, diminuição da autoestima, depressão e ansiedade (FULTZ; HERZOG, 2001).

As queixas urinárias afetam de maneira significativa na vida sexual das mulheres, porém, estudos mostraram que as mulheres que convivem com IU, há muito tempo, tendem a ajustar sua prática sexual. Neste mesmo estudo, mostra que a IU é capaz de interferir negativamente na qualidade do sono mulheres que sofrem dessa patologia, além disso, também referem cansaço como consequência, isto, pelo fato de terem que se levantar por várias vezes para urinar, o que provoca cansaço e gasto de energia causando prejuízo no desempenho diminuindo a energia e embaraçando as emoções das mulheres incontinentes (FONSECA et al, 2005).

Possivelmente a alteração estrogênica atuaria na propriocepção da bexiga, e a diminuição da capacidade vesical ocasiona sintomas clínicos como os de urgência miccional, polaciúria e noctúria, o hipoestrogenismo contribui, juntamente com as modificações do processo de envelhecimento para a instalação de disfunções miccionais, já que afeta de maneira evidente o trato urinário, podendo também gerar alterações tróficas que agravam ou desencadeiam os quadros de incontinência (MOURÃO et al, 2008).

De acordo com Ambrosi e Queiroz (2004), a postura sentada é a posição adotada durante inúmeras horas por mulheres costureiras, e que no decorrer de sua execução como operadoras de máquinas ocorre um afrouxamento dos músculos abdominais, em

razão dos movimentos repetitivos de elevação do calcanhar, e abdução da perna direita empurrando uma alavanca com o joelho. A repetição desse movimento é capaz de acarretar dores na região do quadril e seus músculos envolvidos, além de dores na região lateral do joelho. Esses eventos, influenciam de maneira negativa aos órgãos do sistema digestórios e respiração.

Na posição de trabalho das operadoras de máquina, os membros inferiores (MMII) como quadris e joelhos devem permanecer flexionados para proporcionar o equilíbrio ideal e servir de apoio para assim distribuir a carga da postura adotada (sentada). Entretanto, essa posição mantida por tempo excessivo atua na diminuição da circulação, ocasionando uma redução significativa do aporte sanguíneo para o músculo dos MMII, refletindo em processo de fadiga dos músculos e dores nos MMII (AMBROSI; QUEIROZ, 2004).

Pedro et al (2011) afirmam que além dos fatores de riscos em si, existem as alterações anatômicas que podem provocar a IU como: a hipermobilidade da uretra, alterações do assoalho pélvico, deficiência esfíncteriana, distensões nas fibras musculares da uretra e instabilidade do músculo detrusor da bexiga urinária, aspectos hereditários. O aspecto multifatorial da IU, também remete a fatores extrínsecos como: alimentação, estado nutricional, socioeconômico e até mesmo constitutivo ou genéticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo realizou uma análise descritiva das queixas urinárias e presença de fatores de risco em uma categoria profissional, costureiras, no cenário da cidade de Santa Cruz do Capibaribe, importante salientar que a cidade onde o estudo foi desenvolvido tem na produção têxtil, sua principal fonte de renda, portanto, a profissão de costureira é amplamente desenvolvida na cidade e os autores dessa pesquisa perceberam uma carência em estudos que abordassem a saúde da mulher e essa profissão.

Foi, nesse estudo, traçado um perfil sociodemográfico e identificado as queixas urinárias e os fatores de riscos, bem como identificado alguns hábitos relacionados ao trabalho que podem trazer repercussões negativas para o trato urinário dessa população, mostrando a necessidade de ser realizadas ações de promoção de saúde junto as costureiras, bem como tratamento de queixas encontradas.

Como limitação do estudo, observou-se que um número relativamente pequeno de costureiras respondeu ao questionário, os autores acreditam que devido à extensão do formulário utilizado e a sua apresentação online, devido ao contexto atual de pandemia do novo coronavírus, pode ter levado desistência da pesquisa por algumas participantes.

Por fim, destaca-se a necessidade de realização de mais estudos nessa população, no intuito de melhor conhecer questões relacionadas a saúde e melhorar a qualidade de vida dessas profissionais, cuja atividade movimentam o comércio local.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. **Neurourology And Urodynamics**, Paris, v. 4, p. 213-240, 2010.

ABRAMNS, P.; CARDOZO, L.; KHOURV, S.; WEIN, A. **Incontinence**. Bristol: ICUD, 2013.

ARAUJO, F. L. A.; OLIVEIRA, N. F.; SALDANHA, M. C. W. **Análise da atividade das costureiras em uma microempresa de confecções**. In: XXXVII Encontro Nacional de Engenharia De Produção, Joinville. Joinville: ABEPRO, v. 37, p. 1-18, 2017

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6. ed Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2018.

BREDA, N. C. P. **Avaliação funcional da musculatura do assoalho pélvico e da sexualidade de mulheres com candidíase vulvovaginal e vulvodínia**. 2011. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação em Tocoginecologia, Universidade Estadual de Campinas, 2011.

CAETANO, A. S.; TAVARES, M. C. G. C. F.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. **Rev Bras Med Esporte**. v.13, n.4. Niterói. 2007.

CAMARGO, A. de S. S., *et al.* A Influência da Força Muscular do Assoalho Pélvico no Grau de Satisfação Sexual Feminina. **Revista Amazônia Science & Health**, Palmas, v. 4, n. 2, p.2- 8, Abr./Jun., 2016

CARVALHO, M. P. *et al.* O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 17, p. 721-730, 2014.

DEDIDAÇÃO, A.C.; HADDAD, M.; SALDANHA, M. E. S., DRIUSSO, P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, p. 1-7, 2009.

DIAS, A. M. *et al.* **Mulheres com incontinência urinária em uma unidade básica de saúde na cidade de Itajaí-SC**. In: XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2010, Itajaí - Santa Catarina, p. 1-5, 2010.

FÉLIX, I. de L. **Avaliação da qualidade de vida de mulheres portadoras de incontinência urinária de esforço**. 2005. 113 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Educação em Saúde, Universidade de Fortaleza - Unifor, Fortaleza, 2005.

FONSECA, E. S. M.; CAMARGO, A. L. M.; CASTRO, R. A, SARTORI, M. G. F, FONSECA, M. C. M, LIMA, G. R *et al.* Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.27, n.5, p. 235-42. 2005.

FULTZ, N.H.; HERZOG, A.R. Self-report social and emotional impact of urinary incontinence. **J Am Geriatr Soc**. v.49, p.892-9. 2001.

GONZAGA, L. S. **Metamorfização do Espaço Urbano de Santa Cruz do Capibaribe-PE e a Dupla Centralidade Urbana: do antigo ao moda center.** 2016. 27 f. TCC (Graduação) - Curso de Geografia, Curso de Licenciatura em Geografia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2016.

GUARISIA, T.; NETO, A. M. P.; OSIS, M. J.; PEDRO, A. O.; PAIVA, L. H. C.; FAÚNDES, A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n.5, p.428-35, 2001.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev Esc Enferm USP**. v.42, n.1, p.187-92. 2008.

HONÓRIO, M. O.; SANTOS, S. M. A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v.62, n.1. 2009.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores Sociais 2010. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev. esc. enferm.** USP v.42, n.1, São Paulo Mar. 2008.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. Acta Cirúrgica Brasileira, vol. 20, 2005.

JUSTINA, L. B. D. Prevalência de incontinência urinária feminina no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Inspirar: Movimento e Saúde**, São José, v. 5, n. 2, p. 1-7, 2013.

LOPES, M. H. B. de M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência Restrições causadas pela incontinência Restrições causadas pela incontinência Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 1, n. 40, p. 34-41, 2006.

MOURÃO, F. A. G. *et al.* Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. **Acta Fisiatr**, Belo Horizonte, v. 3, n. 15, p. 170-175, 2008.

MARINHO, A. R.; LEAL, B. B.; FLISTER, J. S.; BERNARDES, N. O.; RETT, M. T. Incontinência urinária feminina e fatores de risco. **Fisioter Brasil**. v. 7, n. 4, p. 301-06. 2006.

MESSELINK, B.; BENSON, T.; BERGHMANS, B.; et al. Standardization of Terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from pelvic floor clinical assessment group of the international continence society. **Neurol Urodyn**. v. 24, n. 4, p. 374-80. 2005.

MENDES, E. de P. B. **Força muscular perineal de primíparas segundo o tipo de parto: estudo transversal.** 2015. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

MIMS, C. A.; PLAYFAIR, J. H. L.; ROITT, I. M.; WAKELIN, R.; WILLIANS, R. W. **Microbiologia médica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.

MURA, J. D. P.; SILVA, S. M. C. **Tratado de alimentação, nutrição & dietoterapia.** 2. ed. São Paulo: Roca; 2010.

NASCIMENTO, F.P. **Classificação da Pesquisa. Natureza, método ou abordagem metodológica, objetivos e procedimentos.** in: SOUSA, F. L.; NASCIMENTO, F. P. Metodologia da Pesquisa Científica: teoria e prática – como elaborar TCC. Brasília: Thesaurus, 2016.

PEDRO, A. F.; RIBEIRO, J.; SOLER, Z. A. S. G.; BUGDAN, A. P. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. **Smad**, São José do Rio Preto, v. 2, n. 7, p. 63-70, 2011.

PERSSON, J.; HANSSEN, P. W.; RYDHSTROEM, H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. **Obstet Gynecol.** v. 96, n. 3, p.440-5. 2000.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho Científico:** Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Rio Grande do Sul: Editora Feevale, 2013.

SKARPA, Q. P.; HERMANN, V. Prevalência de sintomas do trato urinário inferior no 3º trimestre da gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 27, n. 2, p.98-100. 2005.

SILVA, N. P. **O Turismo de Compras Têxtil em Santa Cruz do Capibaribe-PE:** o caso do moda center santa cruz. 2018. 36 f. Monografia (Graduação) - Curso de Geografia, Curso de Licenciatura Plena em Geografia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2018.

SILVA, L.; LOPES, M. H. B. M. não procura por tratamento. **Rev. esc. enferm.** USP v.43, n.1, São Paulo Mar. 2009.

SOUSA, A. R. DA S et al. A relação da constipação intestinal e incontinência urinária em mulheres. **Cadernos de educação, saúde e fisioterapia.** v. 4, n.8. 2017.

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANT, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [S.l.]**, FapUNIFESP (SciELO). v. 40, n. 3, p.381-388, set. 2006.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abuso sexual 165, 169, 173, 175

Administração de recursos 10, 16

Ambiente de trabalho 110, 111, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155

Análise espacial 31, 32, 36

C

Categorias de trabalhadores 131

D

Disfunções pélvicas 80, 136, 138, 140

Drenagem linfática 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54

E

Educação em saúde 26, 59, 67, 109, 144

Enfermagem 2, 5, 7, 8, 9, 16, 20, 53, 54, 55, 56, 59, 60, 64, 67, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 95, 96, 97, 104, 105, 107, 109, 112, 115, 120, 145, 146, 150, 151, 156, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 174, 175, 176, 177, 178

Enfermagem do trabalho 109, 112

Estilo de vida saudável 109, 117

Exantema 158, 160

F

Febre 158, 159, 160, 161, 162, 163

Fisioterapia 16, 26, 28, 42, 52, 146

G

Gênero 33, 165, 166, 173, 176, 177

Grávida 42

H

Humanização da assistência 75, 76

I

Incontinência urinária 98, 101, 102, 105, 107, 131, 132, 136, 139, 141, 142, 144, 145, 146

Instrumento de verificação de saúde 122

L

Lombalgia crônica 24, 28, 29, 30

M

Mortalidade 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 68, 69, 80

P

Parto humanizado 2

Penicilina 55, 59, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 71

Perda de seguimento 55, 61, 66, 68, 70

Pilates 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30

Práticas integrativas 1, 2, 4, 6, 7, 8

Problematização 147, 148, 150, 151, 152

Prolapso de órgãos pélvicos 80, 82, 83, 84, 91, 103, 104, 105, 106, 107

Q

Qualidade do sono 109, 114, 117, 118, 120, 142

R

Radioterapia 75, 76, 77, 78

Relações interpessoais 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157

S

Saúde 1, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 43, 45, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 78, 84, 85, 95, 96, 104, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 134, 136, 138, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 166, 167, 168, 169, 170, 174, 175, 176, 178, 179

Saúde reprodutiva 32

Serviços de saúde do trabalhador 109, 112

Sífilis 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74

Síndrome de linfonodos mucocutâneos 158

Sintomas do trato urinário inferior 131

Sistemas de informação 10, 16, 19, 20, 21

T

Técnicas de fisioterapia 42

Trabalho de parto 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 43, 82, 87, 139

Treinamento do assoalho pélvico 80, 101

V

Vasculite 158, 159


Vigilância epidemiológica 32, 154

Violência 9, 33, 34, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177


EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE COLETIVA

na contemporaneidade

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 


[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 


www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE COLETIVA

na contemporaneidade

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 