



# DEZ $\times$ VEZES $\times$ MULHER

ADRIANA GOMES MAGALHÃES  
ANNA CECÍLIA QUEIROS DE MEDEIROS  
BRENDA KELLY PONTES SOARES  
(ORGANIZADORAS)



A coletânea “Dez vezes Mulher” nasce do desejo de compartilhar achados oriundos de pesquisas acadêmicas na área de saúde da mulher, de modo a contribuir com a disseminação e construção de saberes neste campo do conhecimento. Todo o planejamento da obra foi imbuído do desejo de perpassar por diversas perspectivas da saúde da mulher, buscando oferecer um olhar ampliado sobre o tema, em múltiplas abordagens metodológicas, incluindo desde reflexões sobre aspectos políticos do corpo feminino até inovações no cuidado em uro-ginecologia.

# DEZ VEZES MULHER

## Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

### Reitora

Cicília Raquel Maia Leite

### Vice-Reitor

Francisco Dantas de Medeiros Neto

### Diretor da Editora Universitária da Uern – Eduern

Francisco Fabiano de Freitas Mendes

### Chefe do Setor Executivo da Editora Universitária - Eduern

Jacimária Fonseca de Medeiros

### Chefe do Setor de Editoração da Editora Universitária da Uern - Eduern

Emanuela Carla Medeiros de Queiros



### Conselho Editorial das Edições UERN

Edmar Peixoto de Lima

Emanuela Carla Medeiros de Queiros

Filipe da Silva Peixoto

Francisco Fabiano de Freitas Mendes

Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima

Jacimária Fonseca de Medeiros

José Elesbão de Almeida

Maria José Costa Fernandes

Maura Vanessa Silva Sobreira

Kalidia Felipe de Lima Costa

Regina Célia Pereira Marques

Rosa Maria Rodrigues Lopes

Saulo Gomes Batista



### Diagramação e Capa

Alice Kelly Silva Oliveira

### Catálogo da Publicação na Fonte. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

Dez Vezes Mulher [recurso eletrônico]. /

Adriana Gomes Magalhães, Anna Cecília Queiros de Medeiros, Brenda Kelly Pontes Soares (orgs.). – Mossoró, RN: Edições UERN; FAPERN, 2023.

141 p.

ISBN: 978-85-7621-454-0 (E-book).

1. Ciências da Saúde - Saúde coletiva. 2. Saúde da mulher. 3. Corpo feminino – Aspectos políticos. 4. Uroginecologia. I. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. II. Título.

UERN/BC

610 CDD

*Meus amigos e minhas amigas,*

**O Projeto Institucional de Fortalecimento de Ações de Divulgação e Popularização da Ciência nos Territórios do RN**, pelo qual foi possível a edição de todas essas publicações digitais, faz parte de uma plêiade de ações que a **Fundação de Amparo à Ciência, Tecnologia e Informação do Estado do Rio Grande do Norte (FAPERN)**, em parceria, nesse caso, com a Fundação Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FUERN), vem realizando a partir do nosso Governo.

Sempre é bom lembrar que o investimento em ciência auxilia e enriquece o desenvolvimento de qualquer Estado e de qualquer país. Sempre é bom lembrar ainda que inovação e pesquisa científica e tecnológica são, na realidade, bens públicos que têm apoio legal, uma vez que estão garantidos nos artigos 218 e 219 da nossa Constituição.

Por essa razão, desde que assumimos o Governo do Rio Grande do Norte, não medimos esforços para garantir o funcionamento da FAPERN. Para tanto, tomamos uma série de medidas que tornaram possível oferecer reais condições de trabalho. Inclusive, atendendo a uma necessidade real da instituição, viabilizamos e solicitamos servidores de diversos outros órgãos para compor a equipe técnica.

Uma vez composto o capital humano, chegara o momento também de pensar no capital de investimentos. Portanto, é a primeira vez que a FAPERN, desde sua criação, em 2003, tem, de fato, autonomia financeira. E isso está ocorrendo agora por meio da disponibilização de recursos do PROEDI, gerenciados pelo FUNDET, que garantem apoio ao desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação (CTI) em todo o território do Rio Grande do Norte.

Acreditando que o fortalecimento da pesquisa científica é totalmente perpassado pelo bom relacionamento com as Instituições de Ensino Superior (IES), restabelecemos o diálogo com as quatro IES públicas do nosso Estado: UERN, UFRN, UFERSA e IFRN. Além disso, estimulamos que diversos órgãos do Governo fizessem e façam convênios com a FAPERN, de forma a favorecer o desenvolvimento social e econômico a partir da Ciência, Tecnologia e Inovação (CTI) no Rio Grande do Norte.

Por fim, esta publicação que chega até o leitor faz parte de uma série de medidas que se coadunam com o pensamento – e ações – de que os investimentos em educação, ciência e tecnologia são investimentos que geram frutos e constroem um presente, além, claro, de contribuir para alicerçar um futuro mais justo e mais inclusivo para todos e todas!

*Boa leitura e bons aprendizados!*



*Fátima Bezerra*

Governadora do Rio Grande do Norte



# Parceria pelo

Desenvolvimento Científico do RN



A Fundação de Amparo à Ciência, Tecnologia e Informação do Estado do Rio Grande do Norte (FAPERN) e a Fundação Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FUERN) sentem-se honradas pela parceria firmada em prol do desenvolvimento científico, tecnológico e de inovação. A publicação deste livro eletrônico (e-book) é fruto do esforço conjunto das duas instituições, que, em setembro de 2020, assinaram o Convênio 05/2020–FAPERN/FUERN, que, dentre seus objetivos, prevê a publicação de mais de 300 e-books. Uma ação estratégica como fomento de divulgação científica e de popularização da ciência.

Esse convênio também contempla a tradução de sites de Programas de Pós-Graduação (PPGs) das Instituições de Ensino Superior do Estado para outros idiomas, apoio a periódicos científicos e outras ações para divulgação, popularização e internacionalização do conhecimento científico produzido no Rio Grande do Norte. Ao final, a FAPERN terá investido R\$ 855.000,00 (oitocentos e cinquenta mil reais) oriundos do Fundo Estadual de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNDET), captados via Programa de Estímulo ao Desenvolvimento Industrial do Rio Grande do Norte (PROEDI), programa aprovado em dezembro de 2019 pela Assembleia Legislativa na forma da Lei 10.640, sancionada pela governadora, professora Fátima Bezerra.

Na publicação dos e-books, estudantes de cursos de graduação da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) são responsáveis pelo planejamento visual e diagramação das obras. A seleção dos bolsistas ficou a cargo da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE/UERN).

Os editais lançados abrangeram diferentes temáticas assim distribuídas: no Edital 17/2020 - FAPERN, os autores/ organizadores puderam inscrever as obras resultantes de suas pesquisas de mestrado e doutorado defendidas junto aos PPGs de todas as Instituições de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICTIs) do Rio Grande do Norte, bem como coletâneas que foram resultados de trabalhos dos grupos de pesquisa nelas sediados. No Edital nº 18/2021 - FAPERN, realizou-se a chamada para a publicação de e-books sobre o tema “Turismo para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte”. No Edital nº 19/2021 - FAPERN, foi inscrita a chamada para a publicação de e-books sobre o tema “Educação para a cidadania e para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte: relatos de ações exitosas”. No Edital nº 20/2021 - FAPERN, foi realizada a chamada para a publicação de e-books sobre o tema «Saúde Pública, desenvolvimento social e cidadania no Rio Grande do Norte: relatos de ações exitosas”. O Edital nº 21/2021 - FAPERN trouxe a chamada para a publicação de e-books sobre o tema “Segurança pública, desenvolvimento social e cidadania no Rio Grande do Norte: relatos de ações exitosas”. O Edital nº 22/2021 - FAPERN apresentou a chamada para a publicação de e-books sobre o

a chamada para a publicação de e-books sobre o tema “Pesquisas sobre o Bicentenário da Independência do Brasil (1822-2022): desdobramentos para o desenvolvimento social e/ou econômico do RN”. O Edital nº 23/2021 – FAPERN realizou a chamada para a publicação de e-books sobre o tema “Pesquisas sobre o Centenário da Semana de Arte Moderna (1992-2022) desdobramentos para o desenvolvimento social e/ou econômico do RN”. O Edital nº 22/2022 – FAPERN, realizou a chamada para a publicação de e-books com o objetivo de contribuir para o fortalecimento e divulgação da pesquisa a partir dos programas de pós-graduação e dos Grupos de Pesquisa das Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Norte.

Com essa parceria, a FAPERN e a FUERN unem esforços para o desenvolvimento do Estado do Rio Grande do Norte, acreditando na força da pesquisa científica, tecnológica e de inovação que emana das instituições potiguares, reforçando a compreensão de que o conhecimento é transformador da realidade social.

Agradecemos a cada autor(a) que dedicou seu esforço na concretização das publicações e a cada leitor(a) que nelas tem a oportunidade de ampliar seu conhecimento, objetivo final do compartilhamento de estudos e pesquisas.



*Gilton Sampaio  
de Souza*

Diretor-Presidente da FAPERN

*Cicilia Raquel*

*Maia Leite*

Presidente da FUERN





# APRESENTAÇÃO



A coletânea “Dez vezes Mulher” nasce do desejo de compartilhar conhecimentos oriundos a partir de pesquisas acadêmicas na área da saúde da mulher, de modo a contribuir com a disseminação do conhecimento nesta área temática. Os trabalhos ora apresentados foram desenvolvidos por pesquisadores e colaboradores do grupo de Pesquisa Saúde e Funcionalidade da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e dos Programas de Pós-graduação Mestrado em Saúde Coletiva e Mestrado em Ciências da Reabilitação da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi-UFRN.

Todo o planejamento da obra foi imbuído do desejo de perpassar por diversas perspectivas do ser mulher, com um olhar ampliado sobre o tema, o que se reflete tanto na escolha do título quanto das temáticas abordadas nos capítulos que integram o livro. São apresentadas discussões que vão desde reflexões sobre uma visão política do corpo feminino a estudos relacionados ao campo biológico, ao trabalho e a funcionalidade, trazendo múltiplas abordagens sobre o cotidiano da mulher.

Dessa maneira, nos capítulos que seguem, são contemplados tanto temas considerados clássicos na área da saúde da mulher, como: vulnerabilidade, autocuidado e comportamentos de saúde, gestação e puerpério, sexualidade, incontinência urinária e qualidade de vida, quanto temas considerados mais inovadores nessa seara, que envolvem a funcionalidade de mulheres trans e desdobramentos da pandemia por COVID-19 na saúde da mulher.

Assim, esta publicação compartilha dez olhares a respeito da mulher, sua saúde e singularidades, construídos a partir de diversos percursos metodológicos (estudos observacionais, série de casos, revisões integrativas de literatura e ensaio de opinião). Dessa maneira, esperamos contribuir para possibilitar um aprofundamento teórico do leitor, fomentando novos questionamentos e reflexões sobre a saúde da mulher.

# SUMÁRIO



## Capítulos

- 
- 1 - Avaliação da presença de incontinência urinária antes e após um programa de orientação domiciliar. 11**
- 
- 2 - Correlação entre o teste do absorvente de 24 horas com a severidade da incontinência urinária e a qualidade de vida 23**
- 
- 3 - Hábitos do cotidiano e higiene íntima feminina de estudantes de uma universidade do nordeste brasileiro 35**
- 
- 4 - Abordagem da fisioterapia nas disfunções do assoalho pélvico de mulheres com endometriose: o que há de novo? 45**
- 
- 5 - Estado marital e comportamentos de saúde em mulheres adultas brasileiras 59**
- 
- 6 - Queixas gestacionais, função sexual e imagem corporal de gestantes participantes de um curso multiprofissional de educação em saúde em Parnaíba/PI 72**
- 
- 7 - Avaliação da temperatura das mamas no puerpério imediato 87**
- 
- 8 - Vulnerabilidades decorrentes do trabalho durante a pandemia da COVID-19 em trabalhadoras da saúde 100**
- 
- 9 - O corpo da mulher pobre e as violações facilitadas por golpes neoliberais e de estado 111**
- 
- 10 - Atuação fisioterapêutica junto a mulher trans: uma abordagem baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) 122**
-

# CAPÍTULO 1



## AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA ANTES E APÓS UM PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO DOMICILIAR

Gabriela Ferreira Menezes de Oliveira

Lívia Oliveira Bezerra

Maria Thereza Albuquerque Barbosa Cabral Micussi

### 1 — Apresentação

Os Sintomas do Trato Urinário Inferior (*STUI*) são comuns entre as mulheres, chegando a afetar de 16 a 53% desta população, englobam sintomas de armazenamento, esvaziamento e pós-miccionais. A presença dos sintomas é responsável por causar profundo impacto no bem-estar e na qualidade de vida. Dentre os sintomas de armazenamento presentes no *STUI*, a forma mais frequente é a incontinência urinária (*IU*) (SEVER; OSKAY, 2017; AMIGO; LOPES, 2016; IRWIN *et al.*, 2006).

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society - ICS*), a *IU* está relacionada à queixa de qualquer perda involuntária de urina, sendo classificada como um problema de saúde pública. Sua prevalência é maior em mulheres, acometendo 27,6% desta população, e muito embora possa ser desencadeada em todas as idades, sua maior incidência se dá com o avanço da idade (HENKES, 2016; KNORST, 2013).

A *IU* é classificada de acordo com os sintomas apresentados, podendo ser de três principais tipos: Incontinência Urinária de Esforço (*IUE*), que está associada à perda de urina quando ocorre alguma atividade que aumente a pressão intra-abdominal, como tosse, espirro ou exercícios físicos; Incontinência Urinária de Urgência (*IUU*), que se caracteriza como a perda de urina, seguida da urgência miccional; e, Incontinência Urinária Mista (*IUM*) quando as queixas de perda urinária estão associadas sintomas de esforço e urgência (HENKES, 2016; DIAS; RODRIGUES, 2016).

Muitas mulheres acreditam que a perda de urina ao realizar um esforço é natural e inerente ao envelhecimento; este fato, associado à falta de conhecimento dos sintomas, vergonha, hesitação e medo de consultar profissionais de saúde, supostamente, justificam a demora ou a não procura de tratamento (HENKES *et al.*, 2016; BERLEZI; MARTINS; DREHER, 2013).

O tratamento para *IU* pode ser cirúrgico ou conservador, sendo o cirúrgico de custo mais elevado e mais invasivo, podendo ser contraindicado em alguns casos (GUERRA *et al.*, 2014). O tratamento conservador é considerado primeira linha para o tratamento da *IU*, sendo realizada através do fortalecimento da Musculatura do assoalho Pélvico (*MAP*), por meio de exercícios de fortalecimento, eletroestimulação, biofeedback e os cones vaginais (RODRIGUES *et al.*, 2016; KNORST *et al.*, 2013).

O treinamento, por meio da contração da *MAP*, é indicado para o fortalecimento do apoio dos órgãos pélvicos e na melhora da contratilidade do esfíncter da uretra (KNORST *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2006). Segundo a literatura, quando o treinamento é realizado de forma regular, pode proporcionar uma melhora na função muscular (FITZ *et al.*, 2012). Apesar disso, a forma de treinamento ainda não possui um protocolo específico, variando em frequência (3 a 7 dias/semana) e em duração (5 semanas a 6 meses) (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

No Brasil, devido aos problemas do sistema público de saúde, faz-se necessário buscar formas de tratamento de baixo custo, baixo risco e eficácia comprovada (KNORST *et al.*, 2013). Portanto, o objetivo deste estudo é avaliar a presença da *IU* após um programa de treinamento domiciliar para a *MAP*.

## **2 — Caminhos Metodológicos**

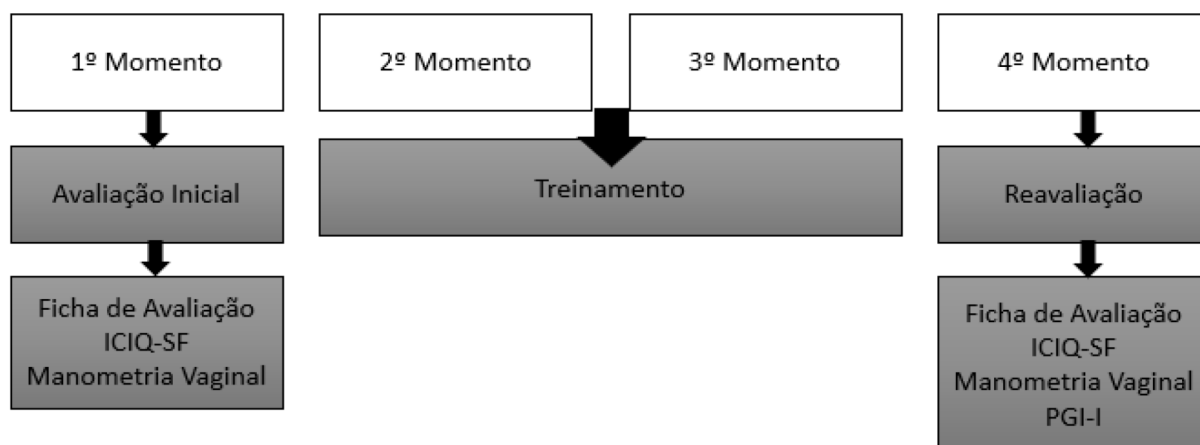
Este estudo se classifica como uma série de casos, realizado com 6 mulheres, com faixa etária de 35 a 75 anos, diagnosticadas com *IU* oriundas do ambulatório de Ginecologia da *Maternidade-Escola Januário Cicco*, no período de maio de 2017 a abril de 2018.

As mulheres incluídas no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (*TCLE*) e não poderiam ter realizado treinamento da *MAP* previamente. Foram excluídas as mulheres que relataram dor durante o exame físico, impossibilitando a sua realização; as que não conseguiram entender os comandos verbais e não

contraíram isoladamente a *MAP*, fazendo uso de musculatura acessória, como glúteos, abdominais, adutores de quadril de forma visível e palpável ou não cumpriram as orientações fornecidas na avaliação; e, as que apresentavam infecção urinária ou vaginal.

As participantes do estudo tiveram quatro encontros presenciais com o terapeuta, sendo o primeiro destinado à avaliação, o segundo e o terceiro para orientação e prática do programa de treinamento da *MAP* e o quarto e último encontro, destinado à reavaliação. A Figura 1 mostra a sequência dos momentos presenciais.

**Figura 1** – Fases da pesquisa relacionada ao momento presencial.



**Nota:** *ICIQ-SF*: *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*.  
*PGI-I*: *Patient Global Impression of Improvement*

No momento da avaliação, foi preenchida a ficha, contendo informações sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil e renda), história clínica/gineco-obstétrica (histórico menstrual, número de gestações, tipos de partos, idade da menopausa) e história urinária/ intestinal (frequência miccional e função intestinal).

Para avaliação da *IU* foi aplicado o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ – SF)*, um questionário rápido, simples e autoaplicável, que avalia a frequência urinária, a gravidade e o impacto da incontinência. O *ICIQ-SF* foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Tamanini *et al.* (2004). Contém quatro questões que verificam a frequência, a gravidade e o impacto da *IU*, ademais conta ainda com oito itens de auto diagnóstico que permitem avaliar as causas ou situações de *IU* experimentadas pelas pessoas avaliadas. Apenas as três primeiras

questões são pontuadas e o escore total varia de zero a vinte e um pontos. Classifica a perda urinária em: nenhum impacto (0 ponto); impacto leve (1 a 3 pontos); moderado (4 a 6 pontos); grave (7 a 9 pontos) e muito grave (10 ou mais pontos).

Por fim, para medir a função da *MAP* foi realizada a manometria vaginal com o Peritron TM modelo 9300AV. A pressão gerada pela *MAP* é percebida através de um sensor (sonda) cônico, introduzido no canal vaginal. Esse sensor é conectado com um microprocessador através de um tubo de látex. O valor é dado em cmH<sub>2</sub>O, sendo, portanto, uma medida indireta da força muscular. Para realizar o exame, a paciente adota a posição de litotomia com os pés apoiados na maca ginecológica. A sonda é introduzida na vagina de forma que 9 a 10 centímetros dela estejam dentro do canal vaginal. A paciente é orientada a realizar 3 contrações máximas, com intervalo de 30 segundos entre elas, e instruída a não associar a contração dos *MAP* com os músculos abdominais, adutores de quadril e glúteos. O valor considerado foi a média das três tentativas (FERREIRA *et al.*, 2011; BARBOSA *et al.*, 2009).

No segundo encontro, foram ensinados os exercícios do programa de treinamento da *MAP* (Figura 2), onde inicialmente, eram realizados os aquecimentos, compostos por contrações da musculatura do assoalho pélvico, sendo 3 séries de 10 repetições, com contrações rápidas e lentas – sustentadas por 3 segundos; 10 repetições da contração da *MAP* associada a tosse; e 2 séries de 10 repetições de elevação do tronco em posição bípede, associada a contração da *MAP*.

Após o aquecimento, a continuidade do programa se dava pela realização da respiração diafragmática, com contração da *MAP* ao fim da fase expiratória, por 3 séries de 10 repetições. Exercício de ponte associada à contração da *MAP* na elevação do tronco por 3 séries de 8 repetições; e os exercícios de mobilidade pélvica, com contração da *MAP* no momento da retroversão pélvica por 2 séries de 10 repetições.

No terceiro encontro, foi repassado todo o programa de treinamento, e ao final, foi entregue uma cartilha contendo todos os exercícios do programa. As pacientes foram orientadas a realizarem os exercícios em domicílio, pelo menos, três vezes na semana, durante 1 mês.

Após 1 mês, as pacientes retornaram para a reavaliação, o quarto encontro. Nesse momento era realizado o exame físico e os questionários, seguindo os mesmos procedimentos da avaliação inicial, acrescidos do questionário *Patient Global Impression*

*of Improvement (PGI-I)*, que classifica de forma simples, fácil e direta a eficácia do tratamento. Este instrumento é composto de uma única questão solicitando ao participante da pesquisa a avaliar a sua situação urinária no momento, em comparação com a forma como era antes de iniciar o tratamento em uma escala de 1 - muito melhor a 5 - muito pior (YALCIN; BUMP, 2003).

Para a análise dos resultados, utilizou-se da estatística descritiva, com médias, medianas, desvio padrão, intervalos e frequência. Considerando uma significância estatística de 5%.

Essa pesquisa respeitou os aspectos éticos e todas as pacientes assinaram o *TCLE*. A pesquisa teve sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da *UFRN* sob parecer 1.438.219.

**Figura 2** - Cartilha de Orientações de Exercícios Domiciliares para o Assoalho Pélvico

Olá!

Esta cartilha foi desenvolvida para você que acaba de concluir o Programa de fortalecimento do Assoalho Pélvico (*AP*). Aqui você encontra dicas de como continuar o seu fortalecimento em casa e da maneira correta. Siga as instruções e bom treino!

- **Contrações rápidas**

Movimento de “prender o xixi” e relaxar.

Séries: 3 Repetições: 10

- **Contrações lentas**

Movimento de “prender o xixi” e segurar por 3 s, em seguida relaxar por 5 s.

Séries: 3 Repetições: 10

- **Contração associada à tosse**

Movimento de “prender o xixi” e tossir.

- **Panturrilha**

Pé de bailarina, quando subir, vai contrair o assoalho pélvico, quando descer, vai relaxar o assoalho pélvico.

Séries: 2 Repetições: 10.

**Atenção!** NÃO usar a barriga, NÃO prender a respiração e NÃO apertar o bumbum nestes exercícios!

- **Respiração diafragmática**

Puxe o ar pelo nariz (cheirando uma rosa), encha a barriga, solte o ar pela boca (apagando uma vela), seca a barriga e contrai o assoalho pélvico.

Séries: 2 Repetições: 10

- **Ponte (elevação pélvica)**

Puxe o ar pelo nariz e solte pela boca. Ao mesmo tempo em que solta o ar, levante o bumbum e “prenda o xixi”. Relaxe e repita o movimento.

Séries: 2 Repetições: 10

- **Báscula da Pelve**

Mantenha os pés separados na largura do ombro. Empine o bumbum para trás e em seguida coloque a pelve para frente contraindo o assoalho pélvico.

Séries: 2 Repetições: 10

**Obrigada pela sua participação no nosso tratamento! Um abraço carinhoso!**



### 3 - Resultados e Discussão

O estudo contou com a participação de 6 mulheres, oriundas da *Maternidade-Escola Januário Cicco*, apresentando queixas de *IU*. A média de idade da amostra foi de 53,83 anos, 50% apresentavam companheiro e 66,67% tinham até 8 anos de estudo. A média de gestações na amostra foi de 3,5 por mulher, tendo sido realizada a cesária em 4,7% dos partos. Dentre os partos normais, a episiotomia ocorreu em 30% dos partos. Sobre o histórico menstrual, 66,67% encontravam-se na menopausa. Observou-se que, 50% das pacientes, apresentaram renda de um salário-mínimo e a outra parte de dois salários mínimos. Na Tabela 1 pode ser visualizada as características clínicas e socio-demográficas das pacientes da pesquisa.

**Tabela 1** – Características clínicas e sociodemográficas das pacientes da pesquisa.

PACIENTE	1	2	3	4	5	6
Idade (anos)	55	47	77	37	45	62
Renda per capita (R\$)	937	1874	1874	937	1874	937
Número de gestação	3	1	10	2	2	3
Número de parto normal	3	0	10	2	2	3
Número de parto cesárea	0	1	0	0	0	0
Número de episiotomia	1	0	0	0	2	3
Idade da menopausa (anos)	52	0	50	0	42	42

**Nota:** Dados apresentados em número absoluto.

Todas as integrantes da pesquisa apresentavam *IUE* aos diferentes níveis de esforços, e somente metade das mulheres apresentava urgência miccional. Não foi constatada a presença de infecção urinária de repetição, nem a presença de enurese noturna. Dentro da amostra, 50% das pacientes apresentaram queixas de constipação.

Na avaliação funcional da *MAP*, todas as integrantes apresentaram a contração coordenada e visível. Na Tabela 2, constam os dados da manometria vaginal e os aspectos urinários das pacientes da pesquisa.

Observou-se que através do *PGI-I*, 50% (n=3) relatou “melhora”, 34% (n=2) relatou estar “muito melhor” e 16% (n=1) continuou do “mesmo jeito”.

No presente estudo, foi realizado um programa de treinamento da *MAP*, através de exercícios de fácil aprendizagem e execução, visando avaliar a melhoria dos sintomas de *IU* a partir do tratamento domiciliar. Os resultados mostraram que após o tratamento houve melhora no autorrelato das queixas dos sintomas urinários, assim como a redução do score do *ICIQ-SF*.

Na pesquisa em questão, as voluntárias foram orientadas a realizar exercícios domiciliares durante 1 mês. Na literatura, encontramos o estudo de Berlezi, Martins e Dreher (2013) cita o espaço domiciliar como uma extensão do tratamento convencional, pois se configura como uma alternativa simples e de baixo custo, mas que necessita de uma postura diferente por meio do terapeuta e do paciente, criando uma relação de empoderamento do paciente e corresponsabilidade, tornando o espaço domiciliar uma nova estratégia de atenção à saúde (BELERZI; MARTINS; DREHER, 2013).

**Tabela 2.** Características envolvendo os sintomas urinários funcional da *MAP* das pacientes da pesquisa.

Paciente	1	2	3	4	5	6
Frequência diurna (nº)	6	5	5	8	8	6
Frequência noturna (nº)	3	0	2	2	1	2
Média da manometria antes (cmH <sub>2</sub> O)	35,86	30,46	§	82	§	§
Score ICIQ - SF antes	14	13	12	14	15	13
Média da manometria depois (cmH <sub>2</sub> O)	59,33	*	*	103,66	60,46	43,13
Score ICIQ - SF depois	0	0	12	13	0	0

**Nota:** *ICIQ-SF*: *International Consultation on Incontinence Questionnaire– short form*. cmH<sub>2</sub>O: centímetros de água. § Voluntárias não quiseram realizar a manometria vaginal na avaliação inicial. \* Voluntárias não retornaram para o exame físico. Responderam os questionários por telefone.

*Sacomori et al.*, realizou um estudo com 86 mulheres, com *IU*, durante três meses, foi orientado a realização de exercícios domiciliares de treinamento da *MAP*, a fim de testar a eficácia clínica e a adesão das pacientes ao tratamento domiciliar. Observou-se que das mulheres que iniciaram o tratamento, 72 concluíram o tratamento, com a frequência semanal da realização do treinamento da *MAP* variando de sete (40%) a duas (9,7%) vezes por semana, e que a adesão das mulheres ao tratamento estava relacionada a autoeficiência adquirida durante o treinamento. Nossa pesquisa mostrou que durante um mês, todas as pacientes avaliadas inicialmente retornaram para avaliação final (SACOMORI *et al.*, 2018).

Em outro estudo, realizado por *Freitas et al.*, sobre a importância das orientações domiciliares para mulheres com *IU*, foi concluído que tais orientações contribuíram positivamente sobre os domínios da *IU*, como impacto da incontinência, limitações físicas, sociais, emocionais, de sono e de atividades diárias, além da melhor nos sintomas como frequência, urgência, noctúria e enurese noturna, melhorando consequentemente a qualidade de vida (FREITAS; MEIRELLES; MENDONÇA, 2014). É importante ressaltar que, em nosso estudo, todas as pacientes receberam orientação educacional e acredita-se que a informação pode ser colaboradora positivamente para adesão ao treinamento.

Segundo a revisão da Cochrane, o treinamento da *MAP* é indicado como tratamento conservador, de primeira linha para todos os tipos de *IU*, sendo ela de esforço, urgência ou mista. (HAY-SMITH *et al.*, 2015) Um estudo realizado com 121 mulheres com *IU*, avaliou o quanto o treinamento da *MAP*, reduz os sintomas da *IU*. Para isso, utilizaram a escala de Oxford Modificada, para medir o grau de força das participantes, que aumentou de 2,5 para 4,4 após o tratamento. Observou-se também, que a força da *MAP* possui relação com os sintomas da incontinência, visto que com o aumento da força, os sintomas de perda urinária reduziram em 83,1% (CELIKER *et al.*, 2015). Neste estudo, foi utilizada a manometria vaginal para mensurar o grau de pressão da *MAP*. Observou-se que os valores da pressão encontrados em nosso estudo, também aumentaram no final do treinamento e houve diminuição dos sintomas urinários.

Alguns estudos (MORONI *et al.*, 2016; FELICÍSSIMO *et al.*, 2010) questionam sobre a forma mais eficiente de se realizar o treinamento da *MAP*. Em uma revisão, *Silva Filho et al.* apresentou três estudos que comparam o treinamento de forma supervisionada e em ambiente domiciliar. Os achados dessa comparação mostram que, em dois estudos analisados, o treinamento supervisionado possui melhores resultados com relação ao volume da perda de urina, no autorrelato das pacientes e no *Pad test*. Porém, em um dos estudos, após o tratamento, os grupos de treinamento não possuíram diferença, concluindo-se que, ambos os métodos são eficazes, desde que a paciente do treinamento domiciliar seja orientada de forma correta sobre a contração do assoalho pélvico. Essa informação corrobora com os nossos achados. Vale ressaltar que todas as pacientes realizaram treinamento com supervisão em três momentos distintos com o objetivo de assegurar a execução dos exercícios corretamente (SILVA *et al.*, 2013).

## **4 — Considerações Finais**

O programa domiciliar de treinamento da *MAP* foi eficaz no tratamento dos sintomas da *IU*, demonstrando ter uma boa aceitação e participação por meio das pacientes, além de se caracterizar como uma intervenção simples e de baixo custo, tornando mais evidente a importância de tratamentos conservadores e de conscientização do assoalho pélvico para a promoção e melhora da qualidade de vida. Contudo, faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos, que possuam maiores amostras, maior tempo de intervenção e comparação com outros métodos de tratamento.

## Referências

- AMIGO, Vanessa; LOPES, Maria Helena Baena Moraes. Prevalência de Sintomas do Trato Urinário Inferior: Revisão Integrativa de Estudos Epidemiológicos de Base Populacional. **Revista Estima**, v. 12, n. 2, 2016.
- BARBOSA, Patrícia Brentegani *et al.* Comparison between Measurements Obtained with three Different Perineometers. **Clinics**, [S.L.], v. 64, n. 6, p. 527-533, jun. 2009. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s1807-59322009000600007>.
- BERLEZI, Evelise Moraes; MARTINS, Marília; DREHER, Daniela Zeni. Programa individualizado de exercícios para incontinência urinária executado no espaço domiciliar. **Scientia Medica**, v. 23, n. 4, 2013.
- CELIKER, Tosun O. *et al.* Does pelvic floor muscle training abolish symptoms of urinary incontinence? A randomized controlled trial. **Clinical rehabilitation**, v. 29, n. 6, p. 525-537, 2015.
- SOUZA, Elza Lúcia Lotti Baracho *et al.* Impacto sobre a quantidade de urina perdida de uma intervenção fisioterapêutica em idosas com incontinência urinária. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 13, n. 1, p. 23-29, 2006.
- DIAS, Sávia Francisca Lopes; RODRIGUES, Aline Marjorie Sousa. A prevalência de incontinência urinária em mulheres nulíparas. **J. Health Sci. Inst**, v. 34, n. 1, p. 49-52, 2016.
- GUERRA, Thais Eduarda Carvalho *et al.* Atuação da fisioterapia no tratamento de incontinência urinaria de esforço. **Femina**, v. 42, n. 6, 2014.
- FELICÍSSIMO, Mônica Faria *et al.* Intensive supervised versus unsupervised pelvic floor muscle training for the treatment of stress urinary incontinence: a randomized comparative trial. **International urogynecology journal**, v. 21, n. 7, p. 835-840, 2010.
- FERREIRA, Cristine Homsy Jorge *et al.* Inter-rater reliability study of the modified Oxford Grading Scale and the Peritron manometer. **Physiotherapy**, v. 97, n. 2, p. 132-138, 2011.
- FITZ, Fátima Faní *et al.* Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 155-159, 2012.
- FREITAS, Sissi Sisconeto de; MEIRELLES, Maria Cristina Cortez Carneiro; MENDONÇA, Adriana Clemente. Importance of domestic guidelines for women with urinary incontinence. **Fisioterapia em Movimento**, v. 27, n. 3, p. 319-327, 2014.
- HAY-SMITH, Jean *et al.* Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 12, 2011.

HENKES, Daniela Fernanda *et al.* Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico. **Semina: ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 2, p. 45-56, 2016.

IRWIN, Debra E. *et al.* Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. **European urology**, v. 50, n. 6, p. 1306-1315, 2006.

KNORST, Mara R. *et al.* The effect of outpatient physical therapy intervention on pelvic floor muscles in women with urinary incontinence. **Brazilian journal of physical therapy**, v. 17, n. 5, p. 442-449, 2013.

KNORST, Mara Regina *et al.* Avaliação da qualidade de vida antes e depois de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 20, n. 3, p. 204-209, 2013.

MORONI, Rafael Mendes *et al.* Conservative treatment of stress urinary incontinence: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 38, n. 2, p. 97-111, 2016.

OLIVEIRA, Marlene *et al.* Pelvic floor muscle training protocol for stress urinary incontinence in women: A systematic review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 63, n. 7, p. 642-650, 2017.

RODRIGUES, Marina Petter *et al.* Perfil das pacientes do ambulatório de uroginecologia de um hospital público de Porto Alegre com relação à incontinência urinária e à qualidade de vida. **Clinical and biomedical research**. Porto Alegre. Vol. 36, n. 3 (2016), p. 135-141, 2016.

SACOMORI, Cinara *et al.* Predictors for adherence to a home-based pelvic floor muscle exercise program for treating female urinary incontinence in Brazil. **Physiotherapy Theory And Practice**, [S.L.], v. 36, n. 1, p. 186-195, 4 jun. 2018. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/09593985.2018.1482583>.

SEVER, Nezih; OSKAY, Umran. An investigation of lower urinary tract symptoms in women aged 40 and over. **LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms**, v. 9, n. 1, p. 21-26, 2017.

SILVA, Agnaldo Lopes Filho *et al.* Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 20, n. 1, p. 90-96, 2013.

TAMANINI, José Tadeu Nunes *et al.* Validação para o português do. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 38, n. 3, p. 438-444, jun. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102004000300015>.

YALCIN, Ilker; BUMP, Richard C.. Validation of two global impression questionnaires for incontinence. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, [S.L.], v. 189, n. 1, p. 98-101, jul. 2003. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1067/mob.2003.379>.

# CAPÍTULO 2



## CORRELAÇÃO ENTRE O TESTE DO ABSORVENTE DE 24 HORAS COM A SEVERIDADE DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E A QUALIDADE DE VIDA

Joyce Raquel Cândido de Medeiros  
Adriana Gomes Magalhães  
Grasiéla Nascimento Correia

### 1 — Apresentação

A Incontinência Urinária (*IU*) é uma condição de saúde que acomete negativamente a qualidade de vida das mulheres, comprometendo negativamente a vida social e emocional (MILSOM; GYHAGEN, 2019). De acordo com Milsom e Gyhagen (2019), cerca de 25 a 45% das mulheres podem apresentar *IU* em algum momento da vida e no Brasil a prevalência é de 22,2% em mulheres entre 60 e 74 anos, subindo para 38,6% em mulheres com mais de 75 anos (BROWN *et al.*, 2006), dados que demonstram que essa queixa miccional é muito prevalente no Brasil e no mundo.

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência (*ICS*) a *IU* é definida como qualquer perda involuntária de urina (HAYLEN *et al.*, 2010), sendo um problema social ou higiênico (ABRAMS *et al.*, 1988). Atualmente a *IU* pode ser dividida em três subtipos (DENISENKO *et al.*, 2021): incontinência urinária de esforço (*IUE*), Incontinência Urinária de Urgência (*IUU*) e incontinência urinária mista (*IUM*) (BROWN *et al.*, 2006; HAY-SMITH; DUMOULIN, 2006). De acordo com Haylen *et al.* (2010) a *IUE* é definida como queixa de perda involuntária de urina no esforço ou atividade física, como atividades esportivas, espirro e tosse. A *IUU* é a perda involuntária de urina associada a urgência miccional e a *IUM* é a queixa de perda urinária involuntária associada a urgência miccional, que também ocorre aos esforços, exercício físico, espirro ou tosse.

Atualmente a *ICS* preconiza que a fisioterapia como tratamento de primeira linha para estes três tipos de *IU*, por apresentar bons resultados, baixo custo, menor risco

de complicações e ser menos invasiva (ABRAMS *et al.*, 2009). Devido à expressiva prevalência da *IU* na população feminina (TAMANINI *et al.*, 2009) vários estudos foram realizados com a finalidade de avaliar a eficácia dos tratamentos fisioterapêuticos (HAY-SMITH; DUMOULIN, 2006; BO *et al.*, 1999; CORREIA *et al.*, 2014). Contudo, é importante ressaltar a necessidade de novas pesquisas que avaliem a confiabilidade dos métodos utilizados para verificar os resultados das intervenções realizadas nestes estudos.

Ultimamente vários métodos têm sido empregados na avaliação dos músculos do assoalho pélvico (*MAP*) e severidade da *IU* das pacientes submetidas à intervenção fisioterapêutica, sendo os principais: avaliação clínica, escalas de severidade, questionários de qualidade de vida (*QDV*), avaliação funcional dos *MAP* (BO *et al.*, 2016; LANG; BROWN; CROMBIE, 2007; THOMPSON *et al.*, 2006; MESSELINK *et al.*, 2005; BO; SHERBURN M, 2005), Manometria (BO *et al.*, 2016; BO; SHERBURN M, 2005), eletromiografia (BO *et al.*, 2016; VODUSEK, 2015; BO; SHERBURN, 2005), dinamometria dos *MAP* (BO *et al.*, 2016; DUMOULIN; BOURBONNAIS; LEMIEUX, 2003; BO; SHERBURN, 2005), diário miccional (BO *et al.*, 2016; HAYLEN *et al.*, 2010), teste do absorvente (BO *et al.*, 2016; HAYLEN *et al.*, 2010), entre outros.

O teste do absorvente mensura a perda de urina durante determinado período (HAYLEN *et al.*, 2010; FERREIRA; BØ, 2015). É considerado um método de avaliação simples, muito empregado na prática clínica por apresentar diversas vantagens: não é invasivo, é confortável para as pacientes e é eficaz para quantificar e categorizar a perda urinária em leve, moderada e grave, podendo ser realizado em casa (ABRAMS *et al.*, 1988; SIMONS *et al.*, 2001; MOLLOY *et al.*, 2007; LOSE *et al.*, 1989; SOROKA *et al.*, 2002; KARANTANIS *et al.*, 2004; PETERSON *et al.*, 2005)

A duração do teste do absorvente tem sido um aspecto bastante discutido, o teste do absorvente de uma hora é mais aceito pelo paciente, porém não é muito preciso, por ser realizado através de um protocolo de exercícios que em muitos casos não mimetizam as atividades diárias dos pacientes (PEREIRA *et al.*, 2011; FERREIRA; BØ, 2015; MOLLOY *et al.*, 2007; ALVES *et al.*, 2009). Os testes de longa duração, 24, 48 e 72 horas, são mais precisos e confiáveis, no entanto, a adesão é menor (FERREIRA; BØ, 2015; ALVES *et al.*, 2009).

Dos vários testes do absorvente de longa duração, o de 24 horas tem sido descrito como sendo o mais prático (FERREIRA *et al.*, 2015, LOSE *et al.*, 1989; MOLLOY



*et al.*, 2007). Este é realizado no domicílio do paciente durante as suas atividades diárias. O absorvente deve ser pesado antes e após o período pré-determinado, a paciente é orientada a anotar o volume de líquido ingerido e as micções em um diário miccional (FERREIRA; BØ, 2015; ALVES *et al.*, 2009). No final do período, são guardados em sacos de plástico e depois pesados. Perdas entre 4 e 20 g classificam a *IU* em leve, 21 a 74 g representa *IU* moderada e perdas maiores que 75 g representam *IU* grave (FERREIRA *et al.*, 2015; O’SULLIVAN *et al.*, 2004).

Apesar de ser amplamente utilizado, ainda são poucos os estudos (SANDVIK *et al.*, 2006) que tentaram avaliar se o teste do absorvente de 24 horas consegue correlacionar-se com a severidade auto relatada da *IU* em mulheres. Além disso, não foram encontrados estudos recentes sobre essa temática, justificando a necessidade deste estudo que teve o objetivo de correlacionar o teste do absorvente de 24 horas com a severidade do questionário Incontinence Index Severity (*ISI*) em mulheres com *IU*.

## **2 — Caminho Metodológico**

Trata-se de um estudo do tipo transversal com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (*FACISA/UFRN*), Santa Cruz, RN, Brasil, sob parecer nº 1.439.100/2015. O estudo foi realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (*FACISA/UFRN*). A busca das voluntárias foi feita pelos pesquisadores envolvidos nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Santa Cruz — RN. A amostragem do estudo foi composta inicialmente por 24 mulheres. Destas, 2 desistiram da pesquisa, 2 não completaram a avaliação e 6 participantes foram retiradas da amostra, porque não realizaram o teste do absorvente corretamente ou não preencheram o diário miccional, totalizando a amostra de 14 mulheres.

Foram incluídas no estudo mulheres com 35 anos ou mais, que apresentavam queixa de perda urinária, que não realizaram tratamento fisioterapêutico e cirurgia para *IU* previamente. Como critérios de exclusão foram considerados: alergia a látex, infecção urinária ou vaginal, tamanho da cavidade vaginal inadequado para acomodar o manômetro, prolapso de órgãos pélvicos superior ao grau II, desordem neurológica, déficit cognitivo, hipertensão arterial sistêmica não controlada e incapacidade de realizar a avaliação.

A avaliação foi realizada em dois dias, no primeiro dia de avaliação as voluntá-

rias responderam a uma ficha que continha os dados sociodemográficos, história clínica, o questionário de qualidade de vida *King Health Questionnaire (KHQ)*, a escala de severidade da *IU (ISI-Q)* e a avaliação funcional dos *MAP* e a manometria. A avaliação dos parâmetros cinético-funcionais dos *MAP* foi realizada através do toque vaginal bidigital e da manometria, com o aparelho Miofeedback Perina® (Quark). Após essas avaliações a paciente recebeu cinco absorventes pesados previamente junto com o diário miccional e foram dadas orientações de como preenchê-lo.

Para a análise da *QDV* foi utilizado o *KHQ* (KELLEHER *et al.*, 1997) sendo um instrumento confiável, validado na língua portuguesa/Brasil (TAMANINI *et al.*, 2003) e é específico para avaliar a *QDV* de mulheres com *IU*. Este é composto por 21 questões, divididas em oito domínios: percepção geral da saúde, impacto da *IU*, limitação de atividades diária, físicas e sociais, relacionamento pessoal, emoções, sono/disposição. Além destes domínios existem outras duas escalas independentes: gravidade e intensidade da *IU*. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a *QDV* relacionada àquele domínio (TAMANINI *et al.*, 2003).

Para avaliar a severidade da *IU* foi utilizado o questionário *ISI*, desenvolvido por Sandvik *et al.* (1993) traduzido e validado para o português (PEREIRA *et al.*, 2011). Este questionário é composto por duas questões: a primeira analisa a frequência da perda urinária através da pergunta, “Com qual frequência você apresenta perda de urina?” e a segunda analisa a quantidade da perda urinária, a questão é “Qual a quantidade de urina você perde a cada vez?”. O escore final deste questionário é obtido a partir da multiplicação dos escores das duas perguntas, possibilitando que a *IU* seja classificada em leve (escore: 1-2), moderada (escore: 3-6), grave (escore: 8-9) ou muito grave (escore: 10-12) (SANDVIK *et al.*, 1993).

Para avaliação funcional dos *MAP* as pacientes foram posicionadas em posição de litotomia, inicialmente o fisioterapeuta realizou uma inspeção vaginal, após, através do toque bidigital a paciente era orientada a realizar a contração dos *MAP*. Para classificação do grau de força foi utilizada a Escala Modificada de Oxford.

Para realização da manometria foi introduzida a sonda intracavitária, protegida por um preservativo não lubrificado, levemente lubrificada com gel estéril e introduzida no canal vaginal. Após a calibração do aparelho a sonda foi insuflada, em seguida foi solicitado que as pacientes realizassem três contrações de três segundos dos *MAP* com a maior força possível, sem utilizar a musculatura abdominal, adutora de quadril e glúteos.

No teste do absorvente de 24 horas foram utilizados absorventes Always Básico Flocos de Algodão, embalados em um saco plástico e pesados previamente em uma balança de precisão Bel Engineering®, com precisão de 0,001 mg e o valor do peso foi anotado na embalagem de cada absorvente. Cada voluntária recebeu 5 absorventes pesados e numerados, o diário miccional e as orientações para realizar o teste do absorvente de 24 horas. A participante foi orientada a realizar as suas atividades normalmente, colocar os absorventes de acordo com a ordem numérica e ao trocar o absorvente colocá-lo dentro da respectiva embalagem. Após 24 horas da primeira avaliação a paciente retornava a Clínica Escola de Fisioterapia para devolver o diário miccional e os absorventes que eram novamente pesados.

Os dados foram analisados no programa *Statistica 7.0*. Para avaliar a homogeneidade dos dados foi utilizado o teste *Shapiro-wilk*. Todas as variáveis foram analisadas descritivamente por meio de média, desvio padrão e porcentagens, e a correlação foi realizada através do teste de *Spearman*. O nível de significância adotado foi de 5%.

### **3 — Resultados e Discussão**

Foram avaliadas 14 mulheres, residentes na região do Trairí/RN, com idade média de  $59,29 \pm 7,76$  anos, das quais 85,71% tinham vida conjugal, 36% se declararam parda. Como principal ocupação, 21% se declararam dona de casa. Quanto aos hábitos de vida, 100% se declararam não etilista e não tabagista, a maioria das mulheres praticava atividade física (71%).

Referente aos dados ginecológicos e obstétricos, a média de idade em que ocorreu a menarca foi de  $13,00 \pm 1,41$  anos, 7% da amostra declarou fazer uso de anticoncepcionais, 71% das participantes estão no período da menopausa, a média do número de gestações foi de  $3,64 \pm 1,82$ , a média do peso do maior bebê foi de  $3,88 \pm 0,86$  quilogramas. 21% da amostra relatou ter IU durante a gestação e 7% durante o puerpério. Na avaliação física, viu-se que a média do *IMC* foi de  $32,78 \pm 5,22$  kg/m<sup>2</sup>, classificando-as com obesidade grau I, 43% das voluntárias apresentaram *IUE*, 21% *IUU* e 36% *IUM*, e a média do início dos sintomas foi de  $5,39 \pm 7,92$  anos.

No teste do absorvente de 24 horas a média de perda urinária total foi de  $18,14 \pm 22,97$ g no tocante ao questionário *ISI* as voluntárias apresentaram no domínio: frequência da perda urinária uma média de  $3,14 \pm 1,02$ ; quantidade de perda urinária de  $1,64 \pm 0,63$ ; severidade da *IU* foi  $5,28 \pm 2,92$ , classificando a *IU* das voluntárias como moderada.

Referente à avaliação funcional dos *MAP*, na graduação da força (*Power*) a média foi de  $3,29 \pm 0,99$ , quanto à sustentação (*Endurance*) houve média de  $6,50 \pm 1,51$  segundos, em relação às repetições (*Repeat*), a média foi de  $7,64 \pm 2,59$ , e para as contrações rápidas (*Fast*) a média foi de  $5,71 \pm 1,82$

No questionário *KHQ* foi possível analisar que as voluntárias apresentaram pior *QDV* nos domínios impacto da *IU* com média  $59,52 \pm 37,39$  e percepção geral da saúde  $50 \pm 19,61$  (Tabela 1).

Foi verificada correlação positiva alta entre o teste do absorvente de 24 horas com o domínio quantidade da perda urinária ( $r=0,7334$ ;  $p=0,002$ ) e severidade da *IU* ( $r=0,789$ ;  $p=0,0007$ ), ambos avaliados pelo *ISI*. Correlação positiva alta entre o teste do absorvente e os domínios do *KHQ*, limitações de atividades diárias ( $r=0,7361$ ;  $p=0,00268$ ), limitação social ( $r=0,8278$ ;  $p=0,00025$ ), e emoção ( $r=0,731$ ;  $p=0,0029$ ), e correlação positiva moderada com o domínio limitação física ( $r=0,5868$ ;  $p=0,02735$ ).

**Tabela 1** – Domínios do *KHQ*

Variáveis	Média ± Desvio Padrão
Percepção geral da saúde	50,00±19,61
Impacto da IU	59,52±37,39
Limitações de atividades diárias	36,90±34,08
Limitações físicas	33,33±29,95
Limitação social	32,93±34,27
Relações pessoais	10,71±20,26
Emoção	26,19±29,10
Sono/disposição	20,23±27,09
Medidas de gravidade	36,19±24,48

**Nota:** *KHQ* - King Health Questionnaire. IU – incontinência urinária.

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

Segundo os seguintes autores (FIGUEIREDO *et al.*, 2008; ALBUQUERQUE *et al.*, 2011; DAMBROS, 2014) a *IUE* é mais prevalente na população feminina, fato que corrobora com nosso estudo, em que se verificou que 43% das mulheres relataram este tipo de perda urinária.

A *IU* é uma condição conhecida pelas repercussões negativas que causa em diferentes âmbitos da vida da mulher, não só ao nível físico, bem como, nos níveis emocional, social e econômico (FIGUEIREDO *et al.*, 2008; WING *et al.*, 2010; WOOD *et al.*, 2014) O controle voluntário da bexiga é fundamental para a independência, autoestima e funcionalidade, desta forma, pessoas com *IU* irão sofrer um impacto negativo na vida pessoal e social (JOHN *et al.*, 2016), esses achados apresentam concordância com os resultados do nosso estudo, em que foi possível observar correlação positiva alta entre o valor do teste do absorvente de 24 horas com diversos domínios do *KHQ*, como limitações de atividades diárias, limitação social e emoção, além de correlação positiva moderada com o domínio limitação física. Demonstrando que a *IU* parece afetar mais a qualidade de vida destas mulheres do que limitá-las fisicamente.

Dedicação *et al.* (2008) verificou em seu estudo que os domínios mais afetados do *KHQ* foram, impacto da *IU*, limitações de atividades diárias e emoção, dados que corroboram com o resultado do presente estudo em que os domínios, limitações de atividades diárias e emoção apresentaram correlação alta com o valor do teste do absorvente de 24 horas. Geraerts *et al.* (2013) traz como domínios mais afetados no *KHQ*, limitação de atividades diárias, física e social, esses achados também demonstram concordância com nosso trabalho, em que, esses três domínios apresentam correlação com a perda urinária.

A quantificação da perda urinária para definir a severidade da *IU*, é comumente realizada com o teste do absorvente de 1 hora, por ser facilmente reproduzido em ambiente clínico e obter uma melhor adesão (FERREIRA; BØ, 2015; O'SULLIVAN *et al.*, 2004; KRHUT *et al.*, 2014), porém a sensibilidade dessa avaliação vem sendo questionada, por não mimetizar as atividades realizadas no dia a dia (FERREIRA *et al.*, 2015; KARANTANIS *et al.*, 2003; KARANTANIS *et al.*, 2005). Por este motivo, muitos estudos têm utilizado o teste do absorvente de 24 horas para avaliar a gravidade da *IU* (MALIK *et al.*, 2016; O'SULLIVAN *et al.*, 2004; KRHUT *et al.*, 2014; KARANTANIS *et al.*, 2003; RAJKOWSKA-LABON *et al.*, 2014; DYLEWSKI *et al.*, 2007; PAINTER; KARANTANIS; MOORE, 2012), porém são poucos (SANDVIK *et al.*, 2000, SANDVIK *et al.*, 2006) os que correlacionam os achados desta avaliação com algum questionário.

Sandvik *et al.* (2000), em seu estudo avaliou 265 mulheres com idade média de 53 anos, foi encontrado correlação entre o teste do absorvente de 24 horas e o questio-

nário de severidade. Sandvik *et al.* (2006), em seu estudo, encontrou correlação entre o teste do absorvente de 24 horas e o *ISI-Q*, o que corrobora com os achados do nosso estudo.

Algumas limitações foram encontradas no presente estudo, como: baixa adesão das pacientes a esta avaliação; dificuldade no preenchimento do diário miccional, sendo outro método de avaliação coadjuvante ao teste do absorvente de 24 horas, baixo tamanho amostral e a falta da realização do exame urodinâmico.

## **Considerações Finais**

Como implicação clínica, pode-se estabelecer que tanto o teste do absorvente de 24 horas quanto o questionário *ISI-Q* são instrumentos simples e baratos que poderão ser empregados para determinar a gravidade da *IU*, facilitando na definição dos objetivos e no protocolo de tratamento mais adequado. Além disso, estes métodos de avaliação podem ser empregados na reavaliação das pacientes. Dentre as sugestões para os futuros estudos, é importante ampliar a amostra para dados mais representativos, correlacionar o tipo de *IU* com os valores do teste do absorvente de 24 horas, além de avaliar e correlacionar os valores dos testes do absorvente de curta e longa duração com os diferentes tipos de *IU*.

Este estudo, permitiu concluir que o teste do absorvente de 24 horas apresentou correlação com a severidade do *ISI-Q* e com vários domínios do *KHQ*, mostrando-se um bom método de avaliação para estimar a gravidade da *IU*. Pode-se concluir também, através do nosso estudo, o impacto que a perda urinária causa em vários âmbitos da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária.

## Referências

ABRAMS, Paul *et al.* Standardisation of terminology of lower urinary tract function. **Neurourol Urodyn.** v.7, n.5, p.403– 27.1988

ALBUQUERQUE, Maria Thereza *et al.* Correlação entre as queixas de incontinência urinária de esforço e o pad test de uma hora em mulheres na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, p. 70-74, 2011.

ALVES, Aline Teixeira; ALMEIDA, José Carlos. Diagnóstico clínico e fisioterapêutico da incontinência urinária feminina. **Urofisioterapia. Campinas: Personal Link Comunicações**, p. 71-79, 2009.

BO, Kari; SHERBURN, Margaret. Evaluation of Female Pelvic-Floor Muscle Function and Strength. **Physical Therapy**, [S.L.], v. 85, n. 3, p. 269-282, 1 mar. 2005. Oxford University Press (OUP). DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ptj/85.3.269>.

BO, Kari. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. **Neurourol Urodynam**, v. 28, p.1–24. 2016.

BO, Kari. *et al.* Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. **BMJ Br Med J.** v.318, p. 487–93. 1999.

BROWN, Jeanette S. *et al.* The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence. **Annals of internal medicine**, v. 144, n. 10, p. 715-723, 2006.

CORREIA, Grasiela N. *et al.* Effects of surface and intravaginal electrical stimulation in the treatment of women with stress urinary incontinence: randomized controlled trial. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 173, p. 113-118, 2014.

DAMBROS, Miriam. Efeito do treinamento resistido sobre o ganho de força muscular nos membros inferiores em mulheres com incontinência urinária de esforço. **Revista Pan-Amazônica de Saúde.** v.55, n.14, p. 29–36. 2014.

DEDICAÇÃO, A. C. *et al.* Comparison of quality of life for different types of female urinary incontinence. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 13, p. 116-122, 2009.

DENISENKO, Andrew A. *et al.* Evaluation and management of female urinary incontinence. **Can J Urol**, v. 28, n. S2, p. 27-32, 2021.

DUMOULIN, Chantale; BOURBONNAIS, D.; LEMIEUX, M.-C. , v. 22, n. 7, p. 648-653, 2003.

- DYLEWSKI, Drew A. *et al.* A statistical comparison of pad numbers versus pad weights in the quantification of urinary incontinence. **Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society**, v. 26, n. 1, p. 3-7, 2007.
- FERREIRA, Cristine Homsy Jorge; BØ, Kari. The Pad Test for urinary incontinence in women. **J Physiother.** v.61, n.2, p.98. 2015.
- FIGUEIREDO, Elyonara M. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 12, p. 136-142, 2008.
- GERAERTS, Inge *et al.* Prospective evaluation of urinary incontinence, voiding symptoms and quality of life after open and robot-assisted radical prostatectomy. **BJU international**, v. 112, n. 7, p. 936-943, 2013.
- HAYLEN, Bernard T. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint report on the terminology for female Pelvic Floor Dysfunction. **Int Urogynecol J.** v.21, p. 5–26. 2010.
- HAY-SMITH, Jean; DUMOULIN, Chantale. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, 2006.
- JOHN, Gregor *et al.* Urinary incontinence as a predictor of death: a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 11, n. 7, p. e0158992, 2016.
- KARANTANIS, Emmanuel. *et al.* Comparison of the ICIQ-SF and 24-hour pad test with other measures for evaluating the severity of urodynamic stress incontinence. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.** v.15, n.2, p. 111–6. 2004.
- KARANTANIS, Emmanuel *et al.* The 24-hour pad test in continent women and men: normal values and cyclical alterations. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 110, n. 6, p. 567-571, 2003.
- KARANTANIS, Emmanuel *et al.* The repeatability of the 24-hour pad test. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.** v.16, n.1, p. 63–8. 2005.
- KELLEHER, C. J. *et al.* A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 104, n. 12, p. 1374-1379, 1997.
- KRHUT, Jan *et al.* Pad weight testing in the evaluation of urinary incontinence. **Neurourology and urodynamics**, v. 33, n. 5, p. 507-510, 2014.
- LANG, Julie E.; BROWN, Helen; CROMBIE, Elaine. Assessment of the anal sphincter muscle: Comparison of a digital and a manometric technique. **Physiotherapy**, v. 93, n. 2, p. 121-128, 2007.



LOSE, Gunnar *et al.* Per. 24-Hour Home Par Weighing Test Versus 1-Hour Ward Test In The Assessment Of Mild Stress Incontinence. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 68, n. 3, p. 211-215, 1989.

MESSELINK, Bert *et al.* Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. **Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society**, v. 24, n. 4, p. 374-380, 2005.

MILSOM, Ian; GYHAGEN, M. The Prevalence of Urinary Incontinence. **Climacteric**. v. 22, n. 3, p. 217-22. 2019.

MOLLOY, Seth S. *et al.* Validity and reliability of a pad test model using a simulated urine leak and healthy continent females. **Urologic Nursing**, v. 27, n. 4, p. 300-304, 2007.

O'SULLIVAN, R1 *et al.* Definition of mild, moderate and severe incontinence on the 24-hour pad test. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 111, n. 8, p. 859-862, 2004.

PAINTER, Virginia; KARANTANIS, Emmanuel; MOORE, Kate H. Does patient activity level affect 24-hr pad test results in stress-incontinent women?. **Neurourology and Urodynamics**, v. 31, n. 1, p. 143-147, 2012.

PEREIRA, Vanessa Santos *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, p. 182-187, 2011.

PETERSON, Andrew C.; AMUNDSEN, Cindy L.; WEBSTER, George D. The 1-hour pad test is a valuable tool in the initial evaluation of women with urinary incontinence. **Urogynecology**, v. 11, n. 5, p. 251-256, 2005.

RAJKOWSKA-LABON, Elżbieta *et al.* Efficacy of physiotherapy for urinary incontinence following prostate cancer surgery. **BioMed research international**, v. 2014, 2014.

SANDVIK, Hogne *et al.* A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighing tests. **Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society**, v. 19, n. 2, p. 137-145, 2000.

SANDVIK, Hogne *et al.* Steinar. Validity of the incontinence severity index: comparison with pad-weighing tests. **International Urogynecology Journal**, v. 17, p. 520-524, 2006.

SANDVIK, Hogne *et al.* Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 47, n. 6, p. 497-499, 1993.

SIMONS, A. M. *et al.* Inadequate repeatability of the one-hour pad test: the need for a new incontinence outcome measure. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 108, n. 3, p. 315-319, 2001.

SOROKA, D. *et al.* Perineal pad test in evaluating outcome of treatments for female incontinence: a systematic review. **International urogynecology journal**, v. 13, p. 165-175, 2002.

TAMANINI, José Tadeu Nunes *et al.* Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 203-211, 2003.

VODUSEK, D.B. Electromyography. In: BO, K.; BERGHMANS, B.; MORKVED, S.; VAN, Kampen M. (org.). **Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice**. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2<sup>a</sup> ed. 2015. p. .

WING, Rena R. *et al.* Effect of weight loss on urinary incontinence in overweight and obese women: results at 12 and 18 months. **The Journal of urology**, v. 184, n. 3, p. 1005-1010, 2010.

WOOD, Lauren N.; ANGER, Jennifer T. Urinary incontinence in women. **BMJ**, v. 349, 2014.

# CAPÍTULO 3



## HÁBITOS DO COTIDIANO E HIGIENE ÍNTIMA FEMININA DE ESTUDANTES DE UMA UNIVERSIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO

**Brenna Nice Meneses**  
**Ana Beatriz Borges**  
**Laiane Santos Eufrásio**

### 1 — Apresentação

A genitália externa feminina que é composta pela vulva, monte de vênus, clitóris, grandes e pequenos lábios, uretra e períneo, necessita de um constante equilíbrio entre seus sistemas (BARDIN, 2014). Assim, é importante haver uma relação equilibrada entre flora vaginal, estado hormonal e metabolismos microbianos. Como fator determinante dessa interação, encontra-se o potencial hidrogeniônico (*PH*) vaginal, que atua na defesa de agentes patogênicos na região. Alterações na flora vaginal podem ocorrer de formas diversificadas, variando de organismo para organismo. Os fatores intrínsecos (genéticos, hormonais, imunes e estresse), assim como, os fatores extrínsecos (antibióticos, contraceptivos, atividade sexual e traumas) quando em constante interação atuam na manutenção da homeostase vaginal. A alteração do balanço da flora pode levar ao aparecimento de vulvovaginites (GIRALDO *et al.*, 2014; SOARES; VIEIRA-BAPTISTA; TAVARES, 2017).

As vulvovaginites são inflamações que ocorrem nas estruturas da vagina ou da vulva, sendo que as afecções mais comuns são a vaginose bacteriana (*VB*), candidíase e tricomoníase (ANDRADE *et al.*, 2014). De acordo com Bardin (2014), a *VB* é a infecção que apresenta maior prevalência na população feminina em diversos países. No Brasil, os índices da doença são maiores nas regiões sul, sudeste e centro-oeste. Os sintomas causados por essas infecções incluem corrimento vaginal, dor, irritação, prurido, odor desagradável e desconforto pélvico, no entanto, podem ser assintomáticas (ANDRADE *et al.*, 2014; MORAIS, *et al.*, 2014).

A prevalência das vulvovaginites é decorrente do desequilíbrio entre fatores internos e externos, dentre os externos, temos: a má higiene íntima, o uso de roupas íntimas sintéticas, calças justas, e o uso de absorventes higiênicos. A má higienização e o uso de produtos inadequados podem gerar riscos para a adequada homeostase vulvar (BARDIN *et al.*, 2013; FEBRASGO, 2014). Para Giraldo *et al.* (2014), é necessário que os cuidados com a genitália feminina sejam analisados com sua devida importância e atenção, com o objetivo de atenuar a prevalência de infecções como as vulvovaginites.

De acordo com Santos (2021), os cuidados com a saúde feminina evoluíram ao longo dos anos, desde cuidados com a saúde reprodutiva e prevenção de doenças. Segundo Giraldo *et al.* (2014), estudos envolvendo mulheres de alto nível intelectual, considerando seus hábitos, podem servir de suporte para outras mulheres leigas no assunto ou que estão em níveis socioculturais inferiores.

Práticas de higiene íntima são altamente relevantes e extremamente recomendadas. A pele vulvar requer cuidados de acordo com a individualidade e sensibilidade de cada mulher, no entanto, recomendações de frequência diária de higienização, técnica de higienização, tipo de produto a ser utilizado, a importância da secagem, frequência e técnica de depilação, uso de forros diários, entre outras particularidades precisam ser levadas em consideração e conhecidas pela população feminina (FEBRASGO, 2009).

Nesse contexto, surge a necessidade de investigar fatores de riscos presentes no dia a dia de universitárias, quanto ao aparecimento de infecções vulvares e sua relação com a higienização íntima e hábitos do cotidiano. Logo, o objetivo deste estudo foi investigar os hábitos de higiene íntima de mulheres estudantes de uma universidade do nordeste brasileiro, no Piauí.

## **2 — Caminhos Metodológicos**

O estudo foi do tipo transversal, observacional de abordagem quantitativa, realizado com a população de mulheres cursando qualquer curso de graduação na área da saúde da *Universidade Federal do Piauí – Campus Ministro Reis Velloso*, Parnaíba/PI.

O estudo transversal é realizado em uma única ocasião, sem manipular ou interferir no ambiente, sendo considerado um excelente método para descrever as características da população de dado recorte temporal (HULLEY *et al.*, 2008). Já os estudos observacionais são adequados para estudar, observar e registrar a doenças e seus

atributos, assim como, a forma como se relacionam com outras condições, sem que o pesquisador realize qualquer intervenção na pesquisa (MALTA *et al.*, 2010; FRONTEIRA, 2013). Por fim, a abordagem pesquisa quantitativa preocupa-se com a quantificação dos dados, na mensuração e no controle rigoroso dos fatos, comprovando se a teoria é válida através de análises estatísticas (SILVA; KNECHTEL, 2016).

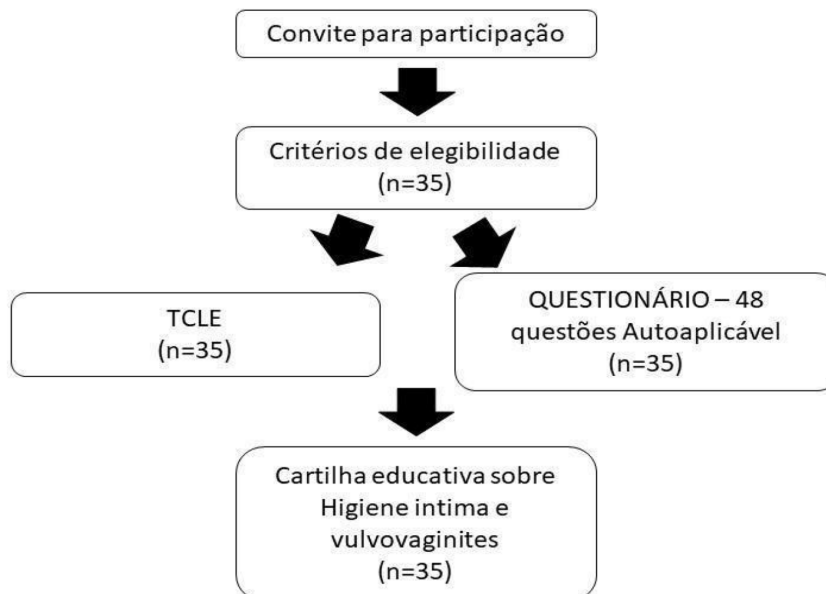
A amostra do estudo foi do tipo não-probabilístico, por conveniência, constituída por 35 voluntárias que foram abordadas aleatoriamente nos momentos de intervalos e folgas das atividades acadêmicas no campus universitário (ex: corredores, pátio, espaços de convivências, refeitório, etc.) entre os meses de maio e junho de 2019.

Os critérios de inclusão foram: mulheres não gestantes, com idade a partir de 18 anos, que estivessem cursando a graduação na área da saúde da *Universidade Federal do Piauí – Campus Ministro Reis Velloso*, Parnaíba/PI . E os critérios de exclusão: mulheres que fizeram uso de antibióticos nos últimos 15 dias, com doenças crônicas e degenerativas (câncer, diabetes, imunossupressão), com diagnóstico de Sífilis, HIV ou hepatite.

Foi inicialmente realizada uma explicação prévia para a participante sobre o estudo e procedimentos de coleta, fornecendo todas as informações necessárias. Caso concordasse com a proposta, a voluntária assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –*TCLE*. Logo após, era dado à participante um questionário autoaplicável e sigiloso, baseado no estudo de Bardin (2014), com algumas adaptações realizadas para o estudo em questão. O instrumento continha 48 questões contendo dados sobre identificação, prática de higiene genital, uso de absorventes genitais, depilação, vestimentas e atividade sexual, de fácil e rápido preenchimento.

Para garantir maior sigilo das informações, o questionário após preenchido era colocado pela própria participante em uma caixa de papelão selada. Em nenhum momento da pesquisa a participante foi identificada pelo nome, os questionários foram arquivados em ordem numérica. Ao final, as voluntárias receberam uma cartilha educativa sobre vulvovaginite e higiene íntima. O fluxograma da coleta dos dados está descrito na figura 1.

**Figura 1** – Fluxograma da coleta de dados do estudo.



**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2023

Acerca dos aspectos éticos, o estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos inerentes à pesquisa envolvendo humanos, considerando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados só após a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da *Universidade Federal do Piauí – Campus Ministro Reis Velloso*. A pesquisa foi aprovada pelo comitê sob parecer de número: 3.191.116. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as que desejavam sair do estudo poderiam fazê-lo a qualquer momento.

Após a coleta de dados, foi realizada a análise estatística no software *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 20.0. Inicialmente, foi testada a normalidade da distribuição das variáveis quantitativas investigadas através do teste de *Kolmogorov-Sminorv*. Os resultados foram avaliados por meio de estatísticas descritivas como frequência, percentual, média e desvio-padrão, quando pertinente.

### **3 - Resultados e Discussão**

O estudo, teve como objetivo investigar os hábitos de higiene íntima de mulheres estudantes de uma universidade do nordeste brasileiro, no Piauí. Foram coletados dados de 35 discentes de cursos da área da saúde, em que participaram mulheres do curso de Fisioterapia, Psicologia, Medicina e Biomedicina, porém o curso de Fisioterapia teve a maior porcentagem de respondentes (52,9%) da pesquisa realizada. A media-

na de idade da amostra foi de 20 anos, 92,9% das voluntárias se autodeclararam pardas. Em relação a métodos contraceptivos usados por elas, 45,7% relatam usar a camisinha masculina como barreira; 51,5% relataram queixa vulvovaginal, sendo ela 31,4% o corrimento vaginal. Na tabela 1 abaixo, mostra os demais dados de caracterização do perfil das participantes.

**Tabela 1** - Caracterização do perfil das participantes do estudo (n=35).

Caracterização da Amostra	%
Tabagista	
Não	91,4%
Sim	8,6%
Estado Marital	
Sem parceria	60%
Com parceria	40%
Menstruação Regular	
Sim	91,4%
Não	8,6%
Queixa Vulvovaginal	
Sim	51,5%
Não	48,5%

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

Os hábitos de higiene genital, estão intimamente relacionados às vulvovaginites, sendo de extrema importância o conhecimento dos hábitos dessas mulheres para o conhecimento da relação desses hábitos de higiene e as infecções da vulva. Ao se passar várias horas fora de casa, hábitos como uso de banheiros públicos, uso de roupas apertadas e pouco arejadas, uso da mesma calcinha por mais tempo, prejudicam a higiene íntima, podendo fazer com que facilite a presença das vulvovaginites.

Segundo Ruiz (2014), o próprio estilo de vida da mulher pode dificultar a higiene e manutenção da área genital, como, por exemplo, os longos períodos do dia fora de casa, com jornadas de trabalho semanais superiores a 40 horas. No contexto do estudo, a realidade com discentes na universidade mostrou que cerca de 65,7% das mulheres que responderam o questionário afirmaram passar entre 5 a 10 horas fora de casa, sendo que mais da metade, 54,3%, consideraram que este fato atrapalha a sua higiene íntima. O ambiente universitário e as precariedades dos banheiros, com falta de

papel higiênico e/ou ducha higiênica, por exemplo, podem também serem vistas como barreiras para a higiene correta no dia a dia dos estudantes. Alguns hábitos realizados pelas voluntárias seguem descritos na tabela 2 abaixo.

**Tabela 2** - Hábitos de higiene genital das participantes do estudo (n=35).

Prática de higiene genital	%
Horas fora de casa	
Ficava 5 a 10 horas fora de casa	65,7%
Ficava menos de 5 horas fora de casa	34,3%
Lavagem por dia da genitália	
Lava a genitália 3 ou mais vezes/dia	74,3%
Lava a genitália menos de 3 vezes/dia	25,7%
Ducha vaginal	
Já fez	45,7%
Nunca fez	54,3%
Higienização da vulva pós-micção	
Usa papel higiênico	77,1%
Lava com água	22,9%
Higienização pós-evacuação	
Utiliza papel higiênico de frente para trás	40%
Utiliza papel higiênico de trás para frente	27%
Lava com água e sabão	33%

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2023

A ducha vaginal, em que se introduz a água na vagina, não é um hábito saudável. Ela pode provocar um desequilíbrio dos microrganismos presentes no local e reduzir a defesa, favorecendo o surgimento de vulvovaginites. A região vaginal é autolimpante, logo, não necessita de limpeza realizada por meios externos. Outro fato interessante de se destacar é o correto sentido da limpeza utilizada para a higiene anal. Este ato precisa ser do ânus em direção à vulva, para evitar que o papel higiênico conduza resíduos fecais para o intróito da vagina e uretra, contaminando e desenvolvendo infecções vulvovaginais (CEZAR *et al.*, 2019).



São diversos os hábitos íntimos diários que podem estar relacionados com as infecções vaginais, dentre eles estão o uso de absorventes, devido ao impedimento da ventilação na área genital que ele acarreta; a depilação, já que os pelos atuam como protetores da região que tanto por questões anatômicas como de hábitos está mais suscetível a tal situação, assim como nos absorventes que impedem a aeração da área genital, o tipo de vestimenta também pode influenciar diretamente.

65,7% das mulheres questionadas, não recorrem a absorventes diários em sua rotina, sendo ponto positivo no cotidiano dessas mulheres. Em relação aos hábitos de depilação a maior parte, cerca de 65,7%, fazem uso da lâmina de barbear para realizar a depilação em detrimento aos outros métodos depilatórios, sendo que 37,1% realizam o processo pelo menos duas vezes ao mês, e 22,9% mais de duas vezes. A recomendação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2009) é que na depilação seja respeitada a sensibilidade individual de cada mulher que a frequência deve ser a menor possível, sabendo também que o excesso de pelos pode contribuir para o acúmulo indesejado de secreções e resíduos na região. Além disso, o uso de absorventes externos não respiráveis, que possuem película plástica, no período intermenstrual deve ser evitado.

Considerando as especificidades das vestimentas que costumam ser utilizadas pelas participantes do estudo, 74,3% declarou usar com frequência calças jeans ou apertadas, o que pode trazer alguns prejuízos para a ventilação e higiene íntima dessas mulheres, enquanto 25,7% relataram não usar com frequência. Conforme descrito por Castro (2019), o acúmulo de umidade proveniente de secreções ricas em bactérias e os microtraumas desencadeados pela fricção das roupas justas, impedem a aeração local e aumenta a temperatura, fazendo com que o ambiente fique mais propício ao desenvolvimento de afecções. Em relação à roupa íntima, 54,3% usam calcinhas com material sintético e forro de algodão, não utilizando calcinhas totalmente feitas em algodão, que seria o ideal, pois facilitaria o arejamento da região genital e contribuiria positivamente com a microbiota vulvar.

Embora os hábitos de higiene de cada mulher sejam realizados de forma individual e variando de acordo com sua rotina de trabalho/estudo se ratifica que a prevenção e o cuidado com a higiene íntima se é igualmente importante para todas, podendo seguir alguns cuidados como: realizar a higienização vulvar com frequência de acordo com o clima: em clima quente de uma a três vezes, já em clima frio pelo menos uma vez ao dia, secar cuidadosamente as áreas lavadas com toalhas de algodão secas e lim-

pas que não agridam o epitélio, utilizar produtos de higiene feminina que não modifiquem o *pH*, usar roupas íntimas de algodão folgadas, trocar as roupas íntimas ao menos uma vez ao dia, dormir sem roupa íntima ou usar peças folgadas, reduzir uso de roupas muito justas, utilizar roupa íntima de algodão que favoreça a ventilação local, evitar depilação completa da região vulvar, uma vez que pode aumentar a suscetibilidade a infecções. Assim, a vigilância feminina quanto à detecção de corrimentos patológicos e a busca precoce por diagnóstico e tratamento se faz necessário, a fim de prevenir complicações e recidivas.

Esse estudo, teve como limitação o baixo número amostral, visto que foi coletado em um curto período de tempo e demandava tempo maior de contato com cada participante uma vez que era também realizada educação em saúde, por meio de uma cartilha educativa com cuidados e informações pertinentes sobre o assunto. Mostra-se um estudo de grande relevância e potencial para avançar nas coletas, uma vez que se trata de um tema pouco explorado e muito comum e recorrente no dia a dia das mulheres.

#### **4 — Considerações finais**

Ao investigar os hábitos de higiene íntima de mulheres estudantes de uma universidade do nordeste brasileiro, no Piauí, foi notório a prática de alguns hábitos não saudáveis para a região íntima, na qual podem ocorrer alterações genitais nessas mulheres. No entanto, ainda é necessário analisar com maior atenção o cotidiano pessoal das estudantes e assim comparar hábitos pessoais com as queixas apresentadas. Assim, com o intuito de permitir traçar intervenções mais efetivas na educação em saúde íntima das mulheres.

Dessa forma, é considerável ressaltar no âmbito acadêmico o incentivo da prática da higiene íntima correta. Além disso, é primordial que a conscientização de toda a população feminina a respeito da prática de consultas ginecológicas, de forma periódica, na busca precoce de diagnóstico e tratamento para as possíveis alterações presentes na região genital, assim como praticar diariamente os cuidados preventivos dessas afecções vaginais, que tanto interferem negativamente na saúde sexual e qualidade de vida das mulheres.

Assim, torna-se importante a prática dessa conscientização e ações de promoção à saúde por meio das universidades tanto para a sociedade extramuro, quanto para as mulheres que compõem o corpo da universidade, para que assim, sejam temas recorrentes e que possibilitem a autonomia destas em suas ações no processo de saúde.

## Referências

- ANDRADE, Smalyanna Sgren da Costa *et al.* Agentes microbiológicos de vulvovaginites identificados pelo papanicolau. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 2, p. 233-239, 2014.
- BARDIN, Marcela Grigol. **Higiene e cuidados com a genitália de mulheres com vulvovaginites**. 2014 154f. **Dissertação** (mestrado), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.
- CASTRO, Pollyanna Lima. Avaliação dos cuidados diários e higiene genital em mulheres do curso de formação de oficiais de saúde do exército do ano de 2019. 2019. 44 f. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Especialização) – Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares, Rio de Janeiro, 2019.
- CEZAR, Joice Santos *et al.* Elaboração de material didático para compreensão da anatomia genital feminina e peculiaridades na sua higienização. **Arquivos do MUDI**, v. 23, n. 3, p. 10-21, 2019.
- FEBRASGO. **Guia prático de condutas sobre higiene genital feminina**. São Paulo – 2009. Disponível em: <[https://missali.site.med.br/fmfiles/index.asp/::XPR3638:/Guia\\_de\\_Higiene\\_Feminina.pdf](https://missali.site.med.br/fmfiles/index.asp/::XPR3638:/Guia_de_Higiene_Feminina.pdf)>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2019.
- FEBRASGO. **Manual de Orientação Trato Genital Inferior**. São Paulo, 2014. Disponível em: <[https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manual\\_de\\_Patologia\\_do\\_Trato\\_Genital\\_Inferior/Manual-PTGI-Cap-06-Vulvovaginites.pdf](https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manual_de_Patologia_do_Trato_Genital_Inferior/Manual-PTGI-Cap-06-Vulvovaginites.pdf)>. Acesso em: 18 de janeiro de 2019.
- FRONTEIRA, Inês. Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência: Breve Revisão Sobre a Sua Relevância, Taxonomia e Desenhos. **Acta Medica Portuguesa**, v. 26, n. 2, 2013.
- GIRALDO, Paulo César *et al.* Corrimento genital: Diagnóstico clínico e laboratorial. **In: Martins NV, Ribalta JC.** Patologia do trato genital inferior: diagnóstico e tratamento. 2a ed. São Paulo: Roca; 2014. p.80-83.
- HULLEY, Stephen B *et al.* **Delineamento de pesquisa clínica**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2008.
- MALTA, Monica *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 559-565, 2010.
- MORAIS, Renata Soares *et al.* Educação em saúde sobre vulvovaginites para mulheres atendidas em um centro de saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 4, p. 513-517, 2014.

RUIZ, Camila. Avaliação dos cuidados diários dos genitais femininos de médicas ginecologistas. 2014. 63 f. **Dissertação** (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2014.

SANTOS, Alana Kristina de Souza. Relevância dos cuidados e higiene íntima na qualidade de vida da mulher. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Bacharel em Farmácia. Faculdade de Educação e Meio Ambiente. FAEMA. Ariquemes-RO, 2021.

SOARES, Ricardo; VIEIRA-BAPTISTA, Pedro; TAVARES, Sara. Cytolytic vaginosis: an under diagnosed pathology that mimics vulvovaginal candidiasis. **Acta Obstet Ginecol Port**, v. 11, n. 1, p. 106-112, 2017.

SILVA, Guilherme Leonardo Freitas. KNECHTEL, Maria do Rosário. Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba. **Praxis Educativa**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 531-534, 6 jun. 2016. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). DOI: <http://dx.doi.org/10.5212/praxeduc.v.11i2.0013>.

# CAPÍTULO 4



## ABORDAGEM DA FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO DE MULHERES COM ENDOMETRIOSE: O QUE HÁ DE NOVO?

Ana Beatriz da Fonseca Nunes

Thawan da Luz Matias

Vanessa Patrícia Soares de Sousa

### 1 — Apresentação

A endometriose é uma doença inflamatória crônica, hormônio-dependente, definida pela presença de focos de tecido endometrial fora da cavidade uterina, que podem ser encontrados principalmente na região pélvica e em ovários, trompas de falópio, cólon sigmóide, apêndice, abdômen superior, entre outros (MACER; TAYLOR, 2012). Atualmente, 190 milhões de mulheres em todo o mundo apresentam endometriose (RASHEED; HAMID, 2020), a prevalência chega a ser maior que 10% nas mulheres em idade fértil (SZUKIEWICZ *et al.*, 2021), sendo até 70% delas sintomáticas (GRAAFF *et al.*, 2013).

O principal sintoma clínico da endometriose é a dor intensa durante a menstruação (dismenorreia) (BEN-MEIR *et al.*, 2020). Dor durante a relação sexual (dispareunia) também é comum, assim como, o desenvolvimento de dor pélvica crônica (DPC) (GRAAFF *et al.*, 2013). Além disso, uma das complicações mais comuns da endometriose é a infertilidade, sintoma que ocorre em 50% das mulheres diagnosticadas com a doença (FARSHI *et al.*, 2020). Em alguns pacientes, a endometriose torna-se uma condição debilitante e progressiva, afetando a funcionalidade física, social, e, a qualidade de vida (SACHEDIN; TOD, 2020).

A endometriose pode estar associada a disfunções do assoalho pélvico (AWAD *et al.*, 2017), conceituado como um grupo de músculos, formando uma estrutura semelhante a uma rede que sustenta os órgãos pélvicos e abdominais (CHO; KIM, 2021). As disfunções no funcionamento desses músculos são decorrentes de diminuição da força, hipertonia, alterações na coordenação e propriocepção (FITZGERALD; KOTARINOS, 2003).

Atualmente, o diagnóstico mais preciso da endometriose é a laparoscopia, com inspeção da cavidade abdominal e confirmação histológica das lesões suspeitas. Este tipo de diagnóstico é particularmente útil para detectar, através de biópsias, lesões microscópicas ocultas em mulheres com e sem endometriose visível. No entanto, esse método é caro e invasivo, oferecendo riscos ao paciente relacionado ao procedimento, como sangramentos e infecções (BROI, FERRIANI; NAVARRO, 2019).

Assim, outros métodos podem apresentar vantagens em relação a este, como as técnicas de diagnóstico por imagem, os quais são minimamente invasivos e podem fornecer visualização completa da região pélvica (BAZOT *et al.*, 2016; DARAI *et al.*, 2017). A ultrassonografia transvaginal (*TVS*), é uma técnica não invasiva, acessível, de baixo custo e bem tolerada. Vários procedimentos que melhoram a precisão da *TVS* foram desenvolvidos nos últimos anos, estes incluem o preparo intestinal (LEÓN *et al.*, 2014) e o uso de contraste aquoso no reto ou vagina (VALENZANO *et al.*, 2008) e gel na vagina (GUERRIERO *et al.*, 2007).

Outra opção é a ressonância magnética, que é recomendada como uma técnica de segunda linha em pacientes com resultados duvidosos de *TVS* e na avaliação pré-operatória, este método, por sua vez, também pode envolver o preparo intestinal, com objetivo de facilitar a visualização das lesões (BAZOT *et al.*, 2017). Ademais, todas as técnicas demandam profissionais treinados para realização dos exames, assim como um especialista no manejo da doença (YOUNG *et al.*, 2020).

O prognóstico, por sua vez, depende do conhecimento da mulher sobre a doença, bem como da condição socioeconômica, o que influencia diretamente no acesso a medicamentos mais eficientes e a tratamento médico. No Brasil, 55% das mulheres acometidas pela endometriose não sabem sobre a doença. É dever do profissional da saúde oferecer uma atenção especial a essa paciente, para ela compreender a patologia e seus tratamentos. Quanto mais tardio o diagnóstico, menos favorável será o prognóstico (RAMOS; SOEIRO; RIOS, 2018).

Como a patogênese da doença não é totalmente conhecida, o tratamento disponível é cirúrgico e/ou hormonal, e, geralmente, não é definitivo, visando a redução dos sintomas e melhoria da qualidade de vida. A cirurgia é uma opção terapêutica adequada para o tratamento eficaz da dor pélvica e da infertilidade associadas a endometriose. Duas modalidades cirúrgicas devem ser consideradas, a primeira é a cirurgia conservadora, definida como a exérese das lesões endometrióticas sem a retirada do útero e/

ou dos ovários. A cirurgia conservadora pode ser completa (sem lesões endometrióticas residuais) ou incompleta (com lesões endometrióticas persistentes após a cirurgia) (CHAPRON *et al.*, 2003).

A segunda modalidade é a cirurgia definitiva, que compreende a retirada de todas as lesões endometrióticas associadas à histerectomia concomitante com ou sem ooforectomia (remoção de um ou ambos os ovários). A cirurgia para endometriose é realizada por laparoscopia operatória, e, após o procedimento, o tratamento hormonal pós-operatório é necessário para prevenir a recorrência da doença e da dor (desde que a paciente não deseje engravidar) (CHAPRON *et al.*, 2019). Este último visa a regulação negativa dos ovários, reduzindo a produção de estrogênio, o que leva a uma atenuação da proliferação do tecido endometriótico (VERCELLINI *et al.*, 2009).

A fisioterapia na endometriose se concentra em diferentes formas de abordagens e momentos, tais como: período pré e pós-operatório, terapia cicatricial e reabilitação do assoalho pélvico (WÓJCIK; SZCZEPANIAK; PLACEK, 2022). Em relação a esta última abordagem, o tratamento fisioterapêutico objetiva otimizar a função, a força e a resistência das estruturas musculoesqueléticas, o que pode diminuir a dor, levando a uma melhora da função e da qualidade de vida em pacientes com endometriose (BRADLEY; RAWLINS; BRINKER, 2017; MANSFIELD *et al.*, 2022).

As abordagens fisioterapêuticas como forma de tratamento complementar para mulheres com endometriose sintomática, apresentam benefícios significativos na redução da dor e, embora não haja achados de estudos conclusivos, muitas mulheres indicam esse tipo de terapia como sendo eficaz (WÓJCIK; SZCZEPANIAK; PLACEK, 2022). Logo, a fisioterapia torna-se um tipo de tratamento conservador que envolve recursos não invasivos de baixo custo, seguros, e que oferta resultados promissores para o manejo das disfunções do assoalho pélvico em mulheres com endometriose (ZHU; HAMILTON; MCNICOL, 2011).

A partir desta contextualização, o objetivo deste capítulo é apresentar o que há de novo na Fisioterapia para o tratamento das disfunções do assoalho pélvico de mulheres com endometriose.

## 2 — Caminhos Metodológicos

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa de literatura. Foi realizado um levantamento dos estudos publicados nos últimos 10 anos sobre as formas de abordagem da Fisioterapia no tratamento das disfunções do assoalho pélvico de mulheres com endometriose. A busca foi feita nas bases de dados: *PubMed*, *PEDro* e Google Acadêmico, utilizando os seguintes termos: “*Endometriosis*”, “*Physical Therapy Modalities*”, “*physiotherapy*”, “*rehabilitation*”, “*pelvic floor muscle*” e “*pelvic floor dysfunction*”. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter o termo “*Endometriosis*” no título ou abstract e apresentar também no título ou abstract alguma abordagem fisioterapêutica para endometriose; ter sido publicado no período de 2012 a 2022 e ter o texto completo disponível para leitura.

## 3 — Resultados e Discussão

No presente estudo, seguindo a aplicação da estratégia de busca nas bases de dados, foram encontrados 49 estudos, sendo 22 estudos na *PubMed*, 4 na *PEDro* e 23 no Google Acadêmico. Os estudos de revisões de literatura, revisões sistemáticas, meta análises, relatos de casos e artigos relacionados a outra condição ou não tendo uma abordagem fisioterapêutica, foram excluídos devido aos critérios de elegibilidade citados na metodologia. Dos 49 estudos foram excluídos 39, conforme apresenta o quadro 1.

**Quadro 1** - Distribuição de artigos pré-selecionados e selecionados.

BASES DE DADOS	ENCONTRADOS	SELECIONADOS
PubMed	22	6
PEDro	4	1
Google Acadêmico	23	0
TOTAL	49	7

**Fonte:** Autoria própria

Por fim, 7 estudos foram selecionados. As principais características da pesquisa estão apresentadas no Quadro 2.



**Quadro 2 - Características dos artigos selecionados**

AUTOR/ANO	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	INTERVENÇÃO	RESULTADOS
FORNO <i>et al.</i> , 2021	Ensaio Clínico Randomizado	34 mulheres nulíparas com diagnóstico de endometriose e dispareunia	As mulheres elegíveis foram designadas aleatoriamente (proporção de 1:1) para nenhuma intervenção (grupo de controle, 17 mulheres) ou tratamento com cinco sessões individuais de massagem perineal (grupo de estudo, 17 mulheres).	A variação percentual da área hiatal na manobra de valsalva máxima entre os dois exames foi maior no grupo de estudo do que no grupo controle indicando melhor relaxamento da musculatura do assoalho pélvico.
DARAI <i>et al.</i> , 2015	Estudo Piloto Prospectivo	20 pacientes maiores de 18 anos, com endometriose colorretal confirmada por ultrassonografia transvaginal e ressonância magnética.	Terapia manipulativa osteopática (OMT).	OMT está associado a uma melhora significativa a curto prazo na qualidade de vida de pacientes com endometriose infiltrativa profunda e envolvimento colorretal; a maioria dos itens do SF-36-Q foram melhorados nas pacientes pós-OMT.
GONÇALVES ; BARROS; BAHAMONDES, 2017	Ensaio Clínico Randomizado	40 mulheres com endometriose e dor pélvica crônica; método de	Grupo controle vs yoga (exercícios de postura de Hatha yoga com exercícios de relaxamento associados,	Melhora da dor em ambos os grupos, e melhora da QV entre as mulheres que praticavam Yoga; QV avaliada no

		diagnóstico não especificado.	técnicas de respiração e conversas sobre as sessões); 80% dos pacientes estavam recebendo terapia hormonal.	momento do tratamento; Sem alterações no fluxo menstrual.
PETRELLUZ Z <i>et al.</i> , 2012	Ensaio Clínico Randomizado	26 pacientes com diagnóstico de endometriose por identificação visual durante laparoscopia ou laparotomia e biópsia; com dor pélvica crônica.	O tratamento consistiu em 10 sessões (uma sessão por semana), cada sessão com duração de duas horas e meia de intervenção física e psicológica.	O protocolo de intervenção física e psicológica aplicado neste estudo a mulheres com endometriose foi eficaz na redução do estresse percebido, normalizando os níveis de cortisol, aumentando a vitalidade e melhorando o funcionamento físico.
SALINAS-AS ENSIO <i>et al.</i> , 2022	Ensaio Clínico Randomizado	22 mulheres sintomáticas com endometriose.	O Programa 'Physio-EndEA' consistia em uma fase de aprendizado de estabilização lombopélvica de uma semana seguida por uma fase de oito semanas de exercícios de alongamento, aeróbicos e de resistência focados na área lombopélvica.	Incluíram benefícios nos resultados relatados pelo médico: limiares de dor de pressão, espessura e força muscular, flexibilidade, equilíbrio corporal e aptidão cardiorrespiratória. Resultados relatados pelo paciente: intensidade da dor, aptidão física, fadiga

				crônica, função sexual, função gastrointestinal e qualidade do sono.
MIRA <i>et al.</i> , 2015	Ensaio Clínico Randomizado	22 mulheres com endometriose profunda, dor pélvica crônica e/ou dispareunia profunda; falha terapêutica medicamentosa; diagnóstico por ultrassonografia ou ressonância magnética.	Terapia hormonal + TENS aplicada por acupuntura e terapia hormonal + TENS auto aplicada.	Diminuição da dor pélvica crônica e profundidade da dispareunia e melhora da qualidade de vida em ambos os grupos de tratamento.
MIRA <i>et al.</i> 2020	Ensaio Clínico Randomizado	101 mulheres com endometriose.	Tratamento hormonal + eletroterapia (ELET) ou apenas tratamento hormonal.	Alívio da dor pélvica crônica observado apenas no grupo ELET. Melhora na dispareunia profunda observada em ambos os grupos.

Fonte: Autoria própria

A fisioterapia complementa o tratamento convencional para a endometriose, atuando com foco na sintomatologia da doença; intervenções fisioterapêuticas, incluindo as técnicas manuais, podem complementar o tratamento em casos de mulheres com endometriose, sendo eficazes principalmente no alívio da dor na região pélvica (WURN *et al.*, 2011). Darai *et al.* (2015) avaliou a terapia manipulativa osteopática (TMO) na qualidade de vida de pacientes com Endometriose Infiltrante Profunda (EIP) e envolvimento colorretal, no qual, foram aplicadas as técnicas de mobilização do útero, técnicas para tratamento da mobilidade peritoneal, mobilização do cólon e mobilização da coluna lombar. Logo, foi visto que a OMT se associou a uma melhora significativa a curto prazo das pacientes com EIP.

Pacientes com endometriose relatam que a doença afeta todos os aspectos da saúde física e psicológica de uma mulher (WÓJCIK; SZCZEPANIAK; PLACEK, 2022). Dessa forma, práticas que envolvem mente-corpo podem beneficiar o sistema imunológico, controlar o estresse e a dor, e melhorar a saúde mental, levando a uma melhora na qualidade de vida (GALE, 2014). Atualmente, o yoga é classificado como uma prática mente-corpo, considerada integrativa e complementar de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2002).

A prática do yoga permite a união do corpo e da mente através da meditação, relaxamento, exercícios respiratórios e diferentes posturas. Essas técnicas, que promovem o bem-estar e a redução do estresse, envolvem atividade física, mas diferem do exercício puramente fitness porque os praticantes focam a mente no corpo, com consciência interior e foco meditativo (RANI *et al.*, 2013).

No estudo de Gonçalves, Barros e Bahamondes (2017), foram comparados um grupo controle e um grupo de mulheres submetidas a um protocolo de exercícios de Hatha Yoga duas vezes por semana, durante 8 semanas. O protocolo consistia em exercícios de relaxamento, técnicas posturais associadas à respiração e conversa com as mulheres antes e após as sessões. Foram avaliados os seguintes domínios: dor pélvica, fluxo menstrual e qualidade de vida, e a técnica demonstrou eficácia no alívio da dor e melhora da qualidade de vida, sem alterações no fluxo menstrual (GONÇALVES; BARROS; BAHAMONDES, 2017).

Isso sugere que a yoga pode ser uma boa técnica para reduzir não apenas a dor menstrual, mas também a dor associada à endometriose. De acordo com alguns estudos (RAKHSHAEI, 2011; CRAMER *et al.*, 2013) a prática de yoga pode regular o mecanismo de controle do portão da dor localizado na medula espinhal e a secreção de opioides naturais do corpo. Assim, os exercícios respiratórios podem ajudar a reduzir a dor devido ao aumento da expiração, que produz relaxamento e diminuição da tensão (DANUCALOV; SIMÕES, 2009).

O manejo fisioterapêutico de pacientes com endometriose também inclui a eletroterapia. No estudo de Mira *et al.* (2015), foi aplicado TENS como tratamento complementar em mulheres com endometriose que apresentavam dor pélvica e/ou dispareunia profunda. Eles compararam dois recursos fisioterapêuticos, o TENS tipo acupuntura (n=11) e a modalidade de TENS autoaplicado (n=11), aplicada na região sacral (S3-S4) de mulheres com endometriose, durante 8 semanas. O estudo demonstrou eficácia para

ambos os grupos de tratamento, sem diferença em relação ao método, o que confirmou que ambos os métodos foram eficazes no alívio da dor pélvica crônica ( $P < 0,001$ ) e dispareunia profunda ( $P = 0,001$ ), e na melhora da qualidade de vida ( $P < 0,001$ ) dessas mulheres com endometriose profunda (MIRA *et al.*, 2015).

Já no estudo de Mira *et al.* (2020), os autores deram continuidade à intervenção de eletroterapia iniciados por Mira *et al.* (2015), porém, dessa vez, o alívio da dor pélvica crônica foi observado apenas no grupo eletroterapia (pré: 7,11 2,40, pos: 4,55 3,08,  $p < 0,001$ ). Em termos de dispareunia profunda, melhorias foram observadas para ambos os grupos pela escala visual analógica (eletroterapia pré: 2,02 0,54–1,36 0,96,  $p < 0,001$ ; controle pré: 1,95 0,86–1,68 0,82,  $p = 0,006$ ).

No estudo de Forno *et al.* (2021), a variação percentual da área hiatal na manobra de valsalva máxima entre os dois exames foi maior no grupo de estudo do que no grupo controle ( $20,0 \pm 24,8\%$  vs  $-0,5 \pm 3,3\%$ ;  $P = 0,02$ ), indicando melhor relaxamento da musculatura do assoalho pélvico. Após o tratamento com massagem perineal, a escala numérica de classificação (NRS) para dispareunia superficial permaneceu quase inalterado no grupo controle (alteração mediana no NRS (--NRS), 0 (intervalo interquartil (IQR), 0–0)), enquanto uma redução acentuada foi observada no estudo grupo (mediana --NRS, -3 (IQR, -4 a -2);  $P < 0,01$ ).

Diferente do estudo de Petrelluzi *et al.* (2012), que não houve diferenças significativas entre os escores pré e pós-tratamento do *SF-36* para os seguintes domínios: papel físico ( $61 \pm 3,7$  vs.  $62 \pm 4,6$ ), dor corporal ( $33 \pm 3,9$  vs.  $37 \pm 5,0$ ), saúde geral ( $43 \pm 4,0$  vs.  $47 \pm 4,7$ ), função social ( $45 \pm 5,0$  vs.  $48 \pm 5,0$ ), papel emocional ( $33 \pm 7,4$  vs.  $38 \pm 8,0$ ) e saúde mental ( $37 \pm 4,4$  vs.  $39 \pm 4,3$ ). Entretanto, houve melhoras significativas nos domínios vitalidade e função física ( $30 \pm 3,9$  vs.  $39 \pm 4,6$  e  $26 \pm 6,5$  vs.  $38 \pm 7,5$ , respectivamente;  $p < 0,05$  para ambos). O protocolo de intervenção física e psicológica, aplicado a mulheres com endometriose, foi eficaz na redução do estresse percebido, normalizando os níveis de cortisol, aumentando a vitalidade e melhorando o funcionamento físico, porém não observada uma eficácia significativa no alívio da dor de mulheres com endometriose.

## 4 — Considerações Finais

Este capítulo teve como objetivo apresentar o que há de novo na literatura acerca da atuação da fisioterapia no tratamento das disfunções do assoalho pélvico em mulheres com endometriose, onde foi possível encontrar diversos estudos que comprovam a eficácia de terapias como eletroterapia, yoga, treinamento muscular, relaxamento, entre outras.

Contudo, existem limitações na literatura que determinam como padrão alguma dessas intervenções para o tratamento de disfunções do assoalho pélvico em mulheres com endometriose, ficando o questionamento científico de qual dessas intervenções teremos os melhores resultados. Logo, na maioria dos estudos encontrados, apesar de apresentarem alternativas de terapias não invasivas, ainda se são tratadas em sua grande maioria com terapia hormonal.

# Referências

AWAD, Eman *et al.* Efficacy of exercise on pelvic pain and posture associated with endometriosis: within subject design. **Journal Of Physical Therapy Science**, [S.L.], v. 29, n. 12, p. 2112-2115, 2017. Society of Physical Therapy Science. <http://dx.doi.org/10.1589/jpts.29.2112>.

BAZOT, M. *et al.* European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines: mr imaging of pelvic endometriosis. **European Radiology**, [S.L.], v. 27, n. 7, p. 2765-2775, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00330-016-4673-z>.

BEN-MEIR, Lee Cohen *et al.* The Association Between Gastrointestinal Symptoms and Transvaginal Ultrasound Findings in Women Referred for Endometriosis Evaluation: a prospective pilot study. **Ultraschall In Der Medizin - European Journal Of Ultrasound**, [S.L.], v. 43, n. 05, p. 81-89, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/a-1300-1887>

BRADLEY, Michelle H.; RAWLINS, Ashley; BRINKER, C. Anna. Tratamento fisioterapêutico da dor pélvica. **Clínicas de Medicina Física e Reabilitação**, v. 28, n. 3, p. 589-601, 2017.

BROI, Michele Gomes da; FERRIANI, Rui Alberto; NAVARRO, Paula Andrea. Ethio-pathogenic mechanisms of endometriosis-related infertility. **Jbra Assisted Reproduction**, [S.L.], v. 3, n. 23, p. 273-280, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1518-0557.20190029>.

CHO, Sung Tae; KIM, KhaeHawn. Exercício e treinamento dos músculos do assoalho pélvico para lidar com a incontinência urinária. **Journal of Exercise Rehabilitation**, v. 17, n. 6, p. 379, 2021.

CHAPRON, Charles *et al.* Distribuição anatômica da endometriose profundamente infiltrativa: implicações cirúrgicas e proposição de uma classificação. **Reprodução humana**, v. 18, n. 1, p. 157-161, 2003.

CHAPRON, Charles *et al.* Repensando os mecanismos, diagnóstico e tratamento da endometriose. **Nature Reviews Endocrinology**, v. 15, n. 11, p. 666-682, 2019.

CRAMER, Holger *et al.* “Estou mais equilibrado”: um estudo qualitativo de yoga para pacientes com dor cervical crônica. **Jornal de Medicina Alternativa e Complementar**, v. 19, n. 6, p. 536-542, 2013.

DANUCALOV, Marcello Árias Dias; SIMÕES, Roberto Serafim. **Neurofisiologia da meditação: investigações científicas no Yoga e nas experiências místico-religiosas: a união entre ciência e espiritualidade**. Phorte, 2006.

DARAI, C. *et al.* Impact of osteopathic manipulative therapy on quality of life of patients with deep infiltrating endometriosis with colorectal involvement: results of a pilot study. **European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology**, v. 188, p. 70-73, 2015.

FORNO, Simona del *et al.* Transperineal Ultrasound Visual Feedback Assisted Pelvic Floor Muscle Physiotherapy in Women With Deep Infiltrating Endometriosis and Dyspareunia: a pilot study. **Journal Of Sex & Marital Therapy**, [S.L.], v. 46, n. 7, p. 603-611, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/0092623x.2020.1765057>.

FARSHI, Nooshin *et al.* Effect of self-care counselling on depression and anxiety in women with endometriosis: a randomized controlled trial. **BMC psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2020.

FITZGERALD, M. P.; KOTARINOS, R.. Rehabilitation of the short pelvic floor. I: background and patient evaluation. **International Urogynecology Journal And Pelvic Floor Dysfunction**, [S.L.], v. 14, n. 4, p. 261-268, 2003.

GRAAFF, AA *et al.* The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. **Human reproduction**, v. 28, n. 10, p. 2677-2685, 2013.

GALE, Nicola. The sociology of traditional, complementary and alternative medicine. **Sociology compass**, v. 8, n. 6, p. 805-822, 2014

GONÇALVES, Andrea Vasconcelos; BARROS, Nelson Filice; BAHAMONDES, Luís. The practice of hatha yoga for the treatment of pain associated with endometriosis. **The journal of alternative and complementary medicine**, v. 23, n. 1, p. 45-52, 2017.

GUERRIERO, Stefano *et al.* “Tenderness-guided” transvaginal ultrasonography: a new method for the detection of deep endometriosis in patients with chronic pelvic pain. **Fertility and sterility**, v. 88, n. 5, p. 1293-1297, 2007.

LEÓN, Mauricio *et al.* Ultrasonografia transvaginal estendida na endometriose infiltrativa profunda: uso de preparo intestinal e janela acústica com gel intravaginal: resultados preliminares. **Journal of Ultrasound in Medicine**, v. 33, n. 2, p. 315-321, 2014.

MACER, Matthew Latham; TAYLOR, Hugh S. Endometriosis and infertility: a review of the pathogenesis and treatment of endometriosis-associated infertility. **Obstetrics and Gynecology Clinics**, v. 39, n. 4, p. 535-549, 2012

MANSFIELD, Christine *et al.* Impact of Pelvic Floor Physical Therapy on Function of Adolescents and Young Adults with Biopsy-Confirmed Endometriosis at a Tertiary Children’s Hospital: A Case Series. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v. 35, n. 6, p. 722-727, 2022.

MIRA, Ticianaa *et al.* Effectiveness of complementary pain treatment for women with deep endometriosis through Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS): randomized controlled trial. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 194, p. 1-6, 2015.



MIRA, Ticiana AA *et al.* Hormonal treatment isolated versus hormonal treatment associated with electrotherapy for pelvic pain control in deep endometriosis: randomized clinical trial. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 255, p. 134-141, 2020.

PETRELLUZZI, Karina Friggi Sebe *et al.* Physical therapy and psychological intervention normalize cortisol levels and improve vitality in women with endometriosis. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology** , v. 33, n. 4, p. 191-198, 2012.

RANI, Monika *et al.* Impact of Yoga Nidra on menstrual abnormalities in females of reproductive age. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 19, n. 12, p. 925-929, 2013.

RASHEED, Huda A. Mohammed; HAMID, Pousette. Pousette. Inflammation to infertility: panoramic view on endometriosis. **Cureus**, v. 12, n. 11 de 2020.

RAMOS, Érica Luiza De Abreu; SOEIRO, Vanessa Moreira Silva; RIOS, Claudia Teresa Frias. Mulheres convivendo com endometriose: percepções sobre a doença. **Ciência & Saúde**, v. 11, n. 3, p. 190-197, 2018.

RAKSHAE, Zahra. Effect of three yoga poses (cobra, cat and fish poses) in women with primary dysmenorrhea: a randomized clinical trial. **Journal of pediatric and adolescent gynecology**, v. 24, n. 4, p. 192-196, 2011.

SACHEDIN, Aalia; TOD, Nicole. Dysmenorrhea, endometriosis and chronic pelvic pain in adolescents. **Journal of clinical research in pediatric endocrinology**, , v. 12, n. Suplemento 1, p. 7, 2020.

SALINAS-ASENSIO, María Del Mar *et al.* ‘Physio-EndEA’ Study: Um estudo randomizado, controlado por grupos paralelos para avaliar o efeito de um programa de exercícios terapêuticos supervisionados e adaptados para melhorar a qualidade de vida em mulheres sintomáticas diagnosticadas com endometriose. **Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública** , v. 19, n. 3, p. 1738, 2022.

SZUKIEWICZ, Dariusz *et al.* Estrogen and progesterone (P4)-mediated epigenetic modifications of endometrial stromal cells (EnSCs) and/or mesenchymal/stromal stem cells (MSCs) in the etiopathogenesis of endometriosis. **Stem Cell Reviews and Reports** , v. 17, n. 4, p. 1174-1193, 2021. See More

VALENZANO MENADA, M. *et al.* Does transvaginal ultrasonography combined with water-contrast in the rectum aid in the diagnosis of rectovaginal endometriosis infiltrating the bowel?. **Human reproduction**, v. 23, n. 5, p. 1069-1075, 2008.

VERCELLINI, Paolo *et al.* Endometriosis: current therapies and new pharmacological developments. **Drugs**, v. 69, p. 649-675, 2009.

WÓJCIK, Małgorzata; SZCZEPANIAK, Renata; PLACEK, Katarzyna. Physiotherapy Management in Endometriosis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 23, p. 16148, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO traditional medicine strategy 2002-2005**. Programme on Traditional Medicine. [2002].

WURN, Belinda F. *et al.* WURN, Belinda F. *et al.* Decreasing dyspareunia and dysmenorrhea in women with endometriosis via a manual physical therapy: results from two independent studies. **Journal of Endometriosis**, v. 3, n. 4, p. 188-196, 2011.

YOUNG, Scott W. *et al.* Sonographer-acquired ultrasound protocol for deep endometriosis. **Abdominal Radiology**, v. 45, n. 6, p. 1659-1669, 2020.

ZHU, Xiaoshu; HAMILTON, Kindreth D.; MCNICOL, Ewan D. Acupuncture for pain in endometriosis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, 2011.

# CAPÍTULO 5



## ESTADO MARITAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE EM MULHERES ADULTAS BRASILEIRAS.

**Lucas Azevedo Meira de Souza**  
**Marcos Felipe Silva de Lima**  
**Anna Cecília Queiroz de Medeiros**

### 1 — APRESENTAÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (*DCNT*) configuram-se atualmente como o conjunto de agravos com o maior impacto na população mundial, afetando negativamente a qualidade de vida e requerendo cada vez mais recursos humanos e financeiros para seu enfrentamento. No cenário brasileiro, as *DCNT* já são a principal causa de morbimortalidade da população adulta/idosa e de óbito entre pessoas de 30 a 69 anos (BRASIL, 2021).

Ademais, vem sendo observada no Brasil uma maior prevalência de *DCNT* entre pessoas do sexo feminino, comparadas ao sexo masculino. Este fato pode estar relacionado tanto com o fato de que as mulheres geralmente têm maior percepção pessoal sobre estados de adoecimento, como também são o público que possui mais acesso a serviços de saúde em nosso país (MALTA *et al*, 2019)

Nesse contexto, é importante destacar que o adoecimento por *DCNT* está fortemente relacionado a fatores de risco modificáveis que incluem comportamentos de saúde como: nível de atividade física, uso de tabaco e consumo de bebidas alcoólicas. A adoção de um estilo de vida no qual predominam comportamentos saudáveis está relacionada a menor incidência e prevalência de *DCNT*, bem como, um melhor prognóstico de evolução destas doenças (BRASIL, 2021).

Comportamentos de saúde ou de cuidados em saúde são altamente influenciáveis pelas relações sociais, culturais e econômicas. Particularmente, hábitos adquiridos por meio de relações pessoais podem ser bastante diversificados, uma vez que são facilmente mutáveis e inconstantes no decorrer da vida. Assim, um fator que poderá interferir nesses comportamentos de saúde é o estado marital dos indivíduos, que por

estarem ou não vivendo com algum companheiro, poderão adotar estilos de vida com impacto diverso para sua saúde (KLOTZ-SILVA; PRADO; SEIXAS, 2017).

Por este motivo, as questões relativas à saúde devem ser pensadas de forma ampla e contextualizada à diversidade da população de cada nação. Nesse sentido, recursos como os sistemas de informação e inquéritos populacionais, que fazem uma caracterização detalhada sobre os hábitos diários da população, são ferramentas valiosas para traçar estratégias que promovem e mantêm a saúde, bem como identificar pontos estruturantes para tais ações (LORENZETTI *et al.*, 2014).

No Brasil, dentre os inquéritos populacionais mais conhecidos está a Pesquisa Nacional em Saúde (*PNS*), de base domiciliar, que levanta importantes informações para subsidiar o monitoramento dos fatores de risco e proteção de morbidades e avaliação das políticas voltadas para saúde brasileira (BARRETO, 2017). Na edição de 2019, uma das temáticas investigadas pela *PNS* foi o estilo de vida, o que incluiu dados sobre comportamentos relacionados aos cuidados e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (IBGE, 2020).

Assim, o presente trabalho teve por objetivo investigar a relação entre o estado marital de mulheres adultas brasileiras e comportamentos de saúde, a partir do banco de dados da *PNS* 2019.

## **2 — PERCURSO METODOLÓGICO**

A Pesquisa Nacional de Saúde (*PNS*) é uma das iniciativas que compõe o Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (*SIPD*) coordenado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (*IBGE*), que produz dados nacionais representativos do estilo de vida e condição de saúde da população brasileira (IBGE, 2007). Informações detalhadas sobre o plano amostral e desenvolvimento da edição 2019 da *PNS*, cuja coleta de dados ocorreu entre agosto de 2019 a março de 2020, podem ser obtidas no endereço eletrônico do *IBGE* (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude>).

O presente estudo é de caráter transversal, utilizando dados da *PNS* do ano de 2019, referentes a pessoas do sexo feminino, entre 18 a 59 anos. Como critérios de exclusão foram definidas a presença de gestação e/ou a omissão de resposta nas questões referentes aos comportamentos de saúde investigados.

A variável de interesse “estado marital” foi constituída a partir da dicotomização do universo amostral em DOIs grupos: casados que moram com seus cônjuges e solteiros que moram sozinhos. Para tanto, foram cruzadas as respostas para as perguntas: declaração de estado civil, “Cônjuge mora no domicílio” e “cônjuge não mora no domicílio”. Dessa maneira, foram excluídos os registros de pessoas com estado civil divorciado e viúvo, além dos registros de solteiros que declaram morar com cônjuge. Com este procedimento se procurou minimizar as inconsistências que frequentemente são identificadas quando da avaliação da informação do estado marital (GOMES *et al*, 2013).

Dentre os objetivos da PNS estava a coleta de informações sobre os fatores de risco associados a doenças crônicas não-transmissíveis. Assim, a partir do banco de dados disponibilizado, foram selecionadas variáveis que permitissem a avaliação dos seguintes comportamentos em saúde: uso de tabaco, etilismo, nível de atividade física e sedentarismo, autopercepção de saúde, e qualidade do sono.

O uso do tabaco foi dicotomizado em “sim” e “não”. O consumo de álcool foi classificado como ‘não consome’ (abstêmio) quando a resposta foi ‘não bebo nunca’ para a pergunta ‘Com que frequência o senhor costuma consumir alguma bebida?’; e em ‘consome’ os que responderam beber pelo menos uma dose por semana.

Para avaliação da atividade física foram consideradas ativas as pessoas que praticam >150 minutos de exercício físico durante a semana e inativo as que não atingem esse tempo de atividade física, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010). Sobre este tópico também foi avaliado o tempo de horas passadas assistindo televisão, bem como o tempo livre utilizando computador, tablet e celulares, redes sociais e jogos. Foi considerado como ponte de corte até 3 horas diárias dedicadas a este tipo de atividade, conforme sugerido pelo *IBGE* (IBGE, 2020).

Outra variável investigada é a autopercepção de saúde que foi dividida entre boa (muito boa, boa e regular) e má (ruim e muito ruim). A qualidade do sono foi investigada a partir do relato da frequência de dificuldades para dormir, sendo categorizado como “melhor qualidade de sono” quem declarou que isto ocorria em menos da metade dos dias das últimas duas semanas e “pior qualidade de sono” os que se sentiam assim mais da metade dos dias. Tal dicotomização também foi baseada nas informações disponibilizadas pelo *IBGE* (IBGE, 2020).

As prevalências dos indicadores de comportamento de saúde foram definidas através da variável independente do estado marital. Também foi calculado o *odds ratio* (*OR*) bruto e seus intervalos de confiança, bem como, investigada a associação de variáveis categóricas por meio do teste do Qui-quadrado de Pearson. Foi adotado como valor de significância estatística o  $p < 0,05$ . As análises foram realizadas no software IBM *SPSS Statistics* v. 20.0 para Microsoft Windows®.

A Pesquisa Nacional de Saúde teve sua execução aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (*CONEP*) do Conselho Nacional de Saúde (*CNS*), Ministério da Saúde, sob o parecer 3.529.376, emitido em 2019.

### **3 — RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para compor a amostra do presente estudo partiu-se inicialmente do número total de participantes na Pesquisa Nacional de Saúde 2019 ( $n=166318$ ), sendo então excluídas: as gestantes; as pessoas com menos de 18 e mais de 60 anos de idade; pessoas do sexo masculino; participantes que não responderam todas as questões sobre os comportamentos de saúde investigados; bem como, os viúvos, divorciados e solteiros que moram com seus parceiros. Desta maneira, o universo analisado foi composto por 7030 pessoas.

Do total de participantes elegíveis, 59,4% ( $n = 4175$ ) são de mulheres com estado marital casada e 40,6% ( $n = 2855$ ) são de pessoas com estado marital solteira. Em relação ao estágio de vida, 56,9% ( $n = 4002$ ) das respondentes foi classificada como adulta meia-idade, que vai dos 40 aos 59 anos. As demais ( $n = 3028$ ) foram classificadas como adulta jovem (de 18 a 39 anos de idade).

Na tabela 1, são apresentadas as características da população quanto aos comportamentos de saúde analisados no presente estudo. Dentre as variáveis investigadas, apenas a referente a qualidade do sono não apresentou associação com o estado marital ( $p > 0,05$ ).

As mulheres categorizadas com estado marital casada apresentaram associação estatística ( $p < 0,05$ ) com as variáveis melhor percepção de estado de saúde, menos tempo livre utilizando internet ou assistindo TV, bem como, abstenção de álcool e tabaco.

Assim, foi identificada associação entre estado marital de casada e comportamentos de saúde tido como protetivos em relação a *DCNT*, como abstenção de álcool e tabaco, além de melhor percepção de saúde. Isso se dá, pois, fatores são alterados quando as pessoas se casam, como recursos econômicos e materiais, apoio social, rotina e a realização pessoal em estar casado, sendo fator protetivo para estes comportamentos (BULLOCH *et al.*, 2017).

Com maior frequência, os estudos sobre estado marital em população brasileira geralmente são voltados para adultos na fase da meia-idade ou idosos, o que limita um pouco a comparabilidade dos resultados obtidos. No entanto, um dos pontos em comum identificados entre os DOIs estágios de vida foi a permanência do estado marital casada enquanto um fator “protetor” para o consumo de tabaco, entre mulheres (GOMES *et al.*, 2013; EVEDOVE *et al.*, 2021).

**Tabela 1:** Caracterização das variáveis de comportamentos em saúde de mulheres adultas brasileiras, conforme estado marital, a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Variáveis	Total		Casada		Solteira		p-v alor
	N	%	n	%	n	%	
<b>População</b>	703 0	100 ,0	417 5	59, 4	285 5	40,6	-
<b>Autopercepção de saúde</b>							
Boa percepção	505 0	71, 8	295 3	70, 7	209 7	73,5	0,01 3*
Má percepção	198 0	28, 2	122 2	29, 3	758	26,5	
<b>Qualidade de sono</b>							
Melhor qualidade	560 1	79, 7	335 4	80, 3	224 7	78,7	0,09 5
Pior qualidade	142 9	20, 3	821	19, 7	608	21,3	
<b>Consumo de álcool</b>							
Não consome	453 2	64, 5	294 5	70, 5	158 7	55,6	<0,0 01*
Consome	249 8	35, 5	123 0	29, 5	126 8	44,5	
<b>Tabagismo</b>							
Não fuma	660 4	93, 9	398 8	95, 5	261 6	91,6	<0,0 01*
Fuma	426	6,1	187	4,5	239	8,4	
<b>Atividade física</b>							
Ativo fisicamente	282 0	40, 1	161 7	38, 7	120 3	42,1	0,00 4*
Sedentário	421 0	59, 9	255 8	61, 3	165 2	57,9	



**Horas livres utilizando internet**

Menos de 3 horas/dia	528 2	75, 1	332 2	79, 6	196 0	68,7	<0,0 01*
Mais de 3 horas/dia	174 8	24, 9	853	20, 4	895	31,3	

**Horas livres assistindo TV**

Menos de 3 horas/dia	588 4	83, 7	354 9	85, 0	233 5	81,8	<0,0 01*
Mais de 3 horas/dia	114 6	16, 3	626	15, 0	520	18,2	

---

**Nota:** \*Associação estatística segundo teste Qui-quadrado de Pearson. **Fonte:** Elaborado pelos autores.

Sugere-se então que o menor consumo de cigarros entre pessoas com estado marital de casado possa ser um dos motivos pelos quais o risco de adoecimento por doenças cardiovasculares (como hipertensão arterial) e diabetes tipo 2 seja menor nesse público do que entre pessoas com estado marital de solteira. Assim, pode-se afirmar que o estado marital é uma importante característica a ser considerada quando se trata de comportamentos de saúde (RAMEZANKHANI; AZIZI; HADAEGH, 2019).

Outrossim, é importante destacar que, ao contrário do álcool, não existe um nível de exposição ao tabaco que seja considerado seguro. Todas as formas de consumo de tabaco oferecem prejuízos para a saúde, seja pelo uso ativo ou pela exposição passiva a este produto (WHO, 2021).

Quanto à autopercepção de saúde física e mental, em população de idosos americanos foi identificado que ter uma boa autoavaliação de sua condição de saúde contribui diretamente para o bem-estar social e pessoal, e que o casamento influencia positivamente nesta percepção. No entanto, o impacto deste “benefício” para a saúde mental e física teria magnitudes diferentes entre indivíduos do sexo masculino e feminino (BULANDA; BROWN; YAMASHITA, 2016).

Na figura 1, é apresentado um resumo dos resultados das análises de razão de chances (odds ratio) dos comportamentos de saúde investigados para as mulheres com estado marital de solteira, tendo como referência o estado marital de casada.

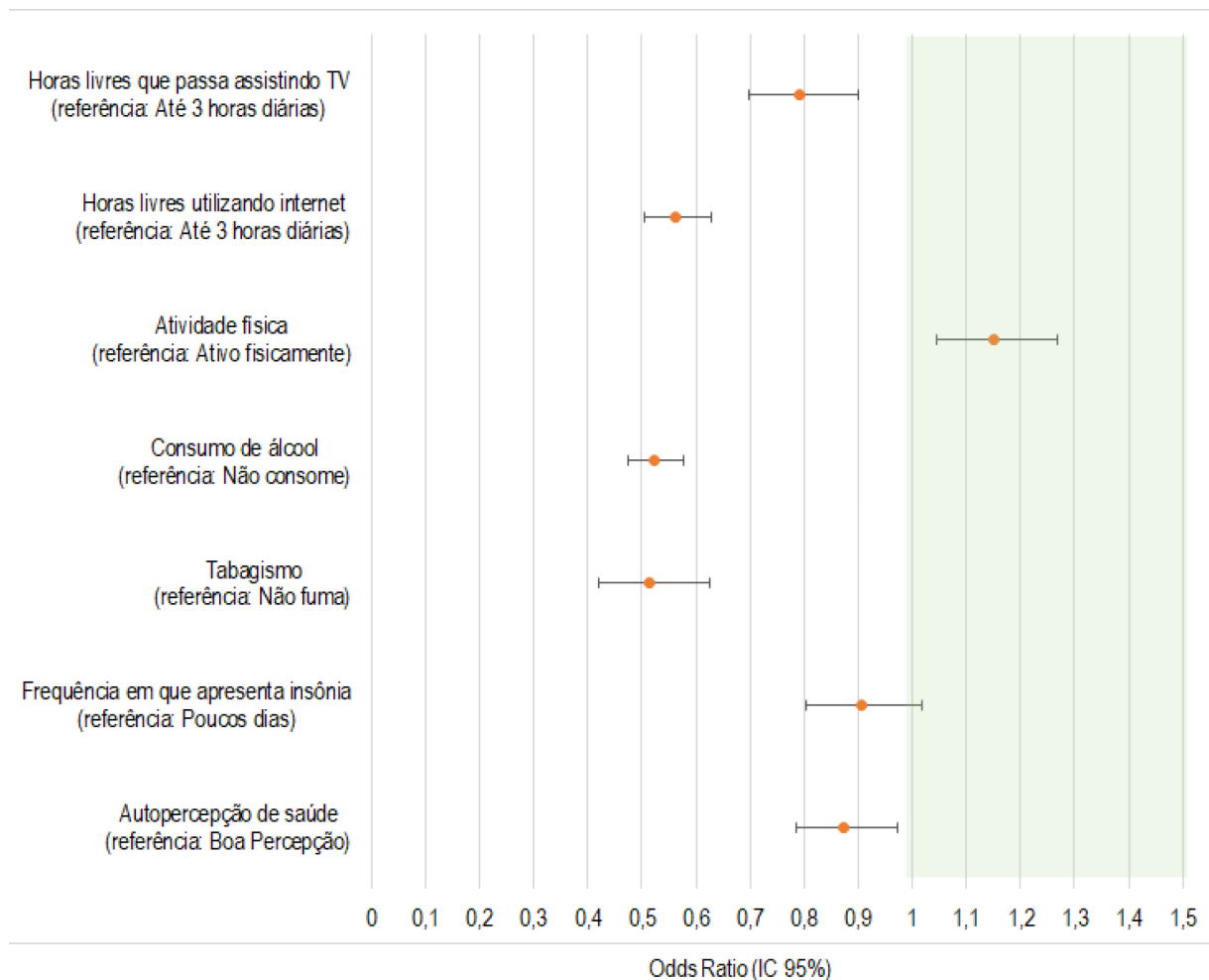
Foi observado que houve menores chances de as mulheres solteiras terem uma boa percepção de sua saúde (OR=0,874; IC95% 0,802 - 0,952). Também foi identificado que as solteiras tiveram praticamente a metade da chance das casadas de serem abstinências (OR= 0,523; IC95% 0,473 - 0,577) e não fumarem (OR= 0,513; IC95% 0,421 - 0,625).

Por outro lado, houve maiores chances de as mulheres solteiras serem fisicamente ativas (OR = 1,152; IC95%= 1,046 - 1,269), embora tivessem menor chance de gastarem menos tempo das horas livres assistindo televisão (OR=0,792; IC95%=0,697 - 0,900) ou utilizando dispositivos de acesso à internet (OR= 0,562; IC= 0,504 - 1,627).

Assim, no presente estudo, foi identificado que um dos efeitos “protetores” do estado marital de solteira é a maior chance de ter um estilo de vida fisicamente ativo, mesmo com menor chance de dispender apenas 3 horas diárias utilizando dispositivos de acesso à internet ou assistindo televisão.

Este padrão aparentemente contraditório também foi identificado por um estudo que avaliou dados do VIGITEL de 2009 a 2019. Os autores constataram menor prevalência de mulheres que passavam mais de 3 horas/dia assistindo televisão entre mulheres casadas, comparadas à solteiras, divorciadas e viúvas; bem como, maiores níveis de atividade física entre mulheres solteiras, comparadas com as de estado marital casada (CAVAZZOTTO *et al*, 2022)

**Figura 1:** Resumo das análises de razão de chances (odds ratio) de mulheres com estado marital solteira (referência mulheres com estado marital casada), em relação a comportada saúde, a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.



**Fonte:** Elaborado pelos autores.

Um dos motivos pelos quais provavelmente as mulheres com estado marital de solteira apresentam mais horas de atividade física semanal é pela utilização desta prática enquanto uma maneira de aumentar a atratividade corporal, uma característica importante quando considerada a busca por parceiros românticos, comum entre as pessoas solteiras (McCABE; McGREVVY, 2010). Assim, a literatura sugere que pessoas solteiras, de ambos os sexos, costumam se preocupar mais com peso e imagem corporal, buscando manter uma estrutura corporal que maximize a autoconfiança, atratividade e o peso social atribuído à imagem (BELLIDO; MARCÉN, 2020; MATA; HERTWIG, 2015).

Uma outra perspectiva, apontada por uma revisão sistemática, sugere que pessoas com status marital de casada tendem a dispender menos tempo em “telas” em virtude do aumento de demandas inerentes ao desempenho do cuidado parental (O’DONOGHUE, 2016). No entanto, uma das limitações do presente trabalho foi a impossibilidade de avaliar esta variável.

Dessa maneira, embora as mulheres solteiras apresentem maiores níveis de atividade física semanal, as mulheres casadas, no presente estudo, apresentaram um maior número de comportamentos de saúde considerados saudáveis. Esse achado talvez esteja relacionado com a tendência ao comportamento de monitoramento e preocupação com a saúde do cônjuge, que atua enquanto um lembrete externo de responsabilização evitar práticas como fumar e beber (ROBARDS *et al.*, 2012).

Inevitavelmente, esses hábitos/comportamentos de saúde terão um impacto cumulativo ao longo da vida, como evidenciado por uma revisão de literatura realizada em 2017, que examinou vários estudos que investigaram associações entre o estado marital e prevalência de doenças. A análise revelou que pessoas solteiras têm mais risco de desenvolverem doenças cardiovasculares e diabetes, por apresentarem mais comportamentos de saúde considerados pouco saudáveis, como fumar e beber (MANFREDINI *et al.*, 2017).

#### **4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados do presente estudo indicam que o estado marital de mulheres é uma importante variável a considerar quando da análise situacional ou delineamento de intervenções com foco em comportamentos de saúde. O estudo apresentou limitações, como a impossibilidade de avaliar informações como número de filhos, tempo de casada e felicidade conjugal, indicando a necessidade de mais pesquisas sobre o tema. No entanto, como pontes fortes, podemos destacar o uso de informações representativas de todo o território nacional, bem como, a adoção de práticas para minimizar vieses na identificação do estado marital.

A análise dos dados revelou que as mulheres casadas possuem maior risco de apresentarem níveis de atividade física baixos, enquanto as mulheres solteiras possuem maior risco de consumirem álcool e tabaco. Tais informações indicam um efeito “protetor” do estado marital de casada para mulheres brasileiras em idade adulta em relação às variáveis investigadas, sugerindo a necessidade considerar tal informação, entre outras coisas, quando no desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção em saúde.

# Referências

- BARRETO, M.L. Health inequalities: A global perspective. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097–108, 2017.
- BELLIDO, H.; MARCÉN, M. On the relationship between body mass index and marital dissolution. **Economic Modelling**, v.91, p.326–440, 2020. <https://DOI.org/10.1016/j.econmod.2020.05.024>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.
- BULANDA, J.R.; BROWN, J.S.; YAMASHITA, T. Marital quality, marital dissolution, and mortality risk during the later life course. **Social Science and Medicine**, n. 165, p.119–127, 2016. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.07.025
- BULLOCH, A. G. M. *et al.* The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. **Journal of Affective Disorders**, n. 223, p. 65–68, 2017. DOI: 10.1016/j.jad.2017.06.007
- CAVAZZOTTO, T. G. *et al.* Age and Sex-Related Associations between Marital Status, Physical Activity and TV Time. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 502, 2022. DOI: 10.3390/ijerph19010502
- EVEDOVE, A. U. D. *et al.* Mudança na situação conjugal e incidência de comportamentos de proteção à saúde em adultos com 40 anos ou mais: estudo VigiCardio (2011-2015). **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, Cadernos de Saúde Coletiva, 2021. DOI: 10.1590/1414-462X202129030453
- GOMES, M. M. F. *et al.* Associação entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. Cad. Saúde Pública, 2013 29(3), 2013. DOI: 10.1590/S0102-311X2013000300014
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde/2019 - percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 105 p.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares – SIPD**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. (Textos para Discussão. Diretoria de Pesquisas, nº24)

KLOTZ-SILVA, J.; PRADO, S. D.; SEIXAS, C.M. A força do “hábito alimentar”: Referências conceituais para o campo da Alimentação e Nutrição. **Physis**, v. 27, n. 4, p.1065–85, 2017.

LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: Diálogo com gestores públicos e privados. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 417–25, 2014.

MALTA, D. C. *et al.* Desigualdades socioeconômicas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis e suas limitações: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, supl. 2, e210011, 2021. DOI: 10.1590/1980-549720210011.supl.2.

MANFREDINI, R. *et al.* Marital Status, Cardiovascular Diseases, and Cardiovascular Risk Factors: A Review of the Evidence. **Journal of Women’s Health**, v. 26, n. 6, p. 624–632, 2017.

MATA, J.; FRANK, R.; HERTWIG, R. Higher body mass index, less exercise, but healthier eating in married adults: Nine representative surveys across Europe. **Social Science and Medicine**, n. 138, p.119–27, 2015. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.06.001

McCABE, M.P.; MCGREEVY, S. The role of partners in shaping the body image and body change strategies of adult men - Partners and male body image. **Health**, v.9, n. 2, p. 1002–1009, 2010.

O’DONOGHUE, G. *et al.* A systematic review of correlates of sedentary behaviour in adults aged 18–65 years: a socio-ecological approach. **BMC Public Health**, v. 16, n. 163, 2016. DOI 10.1186/s12889-016-2841-3

RAMEZANKHANI, A.; AZIZI, F.; HADAEGH, F. Associations of marital status with diabetes, hypertension, cardiovascular disease and all-cause mortality: A long term follow-up study. **PLoS ONE**, v. 14, n. 4, p. e0215593, 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0215593

ROBARDS, J. *et al.* Marital status, health and mortality. **Maturitas**, v. 73, p. 295–299, 2012. DOI: 10.1016/j.maturitas.2012.08.007

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global recommendations on physical activity for health.** Geneva, WHO, 2010. 58 p. Disponible em: <<https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products.** Geneva, WHO, 2021. 212 p. Disponible em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343287/9789240032095-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

# CAPÍTULO 6



## QUEIXAS GESTACIONAIS, FUNÇÃO SEXUAL E IMAGEM CORPORAL DE GESTANTES PARTICIPANTES DE UM CURSO MULTIPROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM PARNAIBA/PI.

**Luciana Maria Silva Ferreira**  
**Guilherme Pertinni de Moraes Gouveia**  
**Laiane Santos Eufrásio**

### 1 - Apresentação

A gestação é um evento fisiológico natural na mulher, a qual ocorre a fecundação do óvulo pelo espermatozoide, gerando adaptações dos mais variados sistemas para manutenção do feto. Esse período é caracterizado pelo elevado aumento da produção de estrogênio e progesterona, e diminuição das gonadotrofinas. As alterações hormonais aumentam a frouxidão ligamentar que desencadeiam mudanças biomecânicas, que geram modificações estruturais na dinâmica e estática do esqueleto da gestante (MANN *et al.*, 2010). Essa mulher vivencia transformações biológicas e psíquicas, que influenciam sua vida de forma variada, a depender de cada mulher e da idade gestacional (ALMEIDA *et al.*, 2005; SILVA; PESSOA; PESSOA, 2015).

Das alterações que podem acontecer no período gravídico várias são citadas na literatura como: aumento da probabilidade de desenvolver infecções no trato urinário, aumento da contração da bexiga e da sua reatividade, do volume corrente e ventilação por minuto, aumento progressivo do volume sanguíneo ao longo da gestação, que retornam ao normal fisiológico algumas semanas após o parto. Além do aumento da pressão venosa dos membros inferiores quando a gestante se mantém em pé, devido ao aumento no tamanho do útero. Há ainda uma diminuição na força de tensão dos ligamentos, aumento na mobilidade articular, os músculos abdominais podem chegar ao seu limite elástico no final da gestação. Os músculos do assoalho pélvico precisam sustentar o peso do útero que aumenta no decorrer da gravidez, podendo-se distender ou romper durante a passagem do bebê no canal de parto. Há compensações posturais para manutenção do equilíbrio devido ao aumento do útero e mamas (KISNER; COLBY, 1998; BIM; PEREGO; PIRES-JR, 2007).



Alguns fatores como o desejo ou não da gravidez, o contexto existencial, socioeconômico, emocional, assistencial, história de vida pregressa, e evolução da gravidez influenciam diretamente no processo de adaptação da gestação. A relação entre mãe e filho é completamente pessoal (CASTRO; FRACOLLI, 2013). No entanto, existem transformações na mulher que são mais visíveis, como o aumento dos seios e da barriga. Isto é, outros fatores podem levar a concepção de irreversibilidade da imagem corporal anterior à gestação. É possível associar as mudanças corporais que surgem ao sentimento de incapacidade de sedução, baixa na autoestima e na atratividade física (SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

A aceitação da nova imagem corporal nem sempre acontece de forma tranquila. Para mulher, deixar de ter controle sobre o próprio corpo ou a ideia de mudança irreversível que a maternidade traz, coloca constantemente a gestante diante de emoções, pensamentos, angústias e alegrias nas quais não esperava antes. Sentimentos se misturam, o medo de perder o filho e autonomia, se confrontam e equilibram-se com felicidade de ser mãe (SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

Essas alterações são parte natural da gravidez e importantíssimas, para crescimento e desenvolvimento do feto. Tais mudanças, assim como a interação social, podem ter repercussões na imagem corporal que vem a ser a interpretação mental do corpo (FERREIRA; CASTRO; MORGADO, 2014). O padrão corporal feminino de beleza da atualidade, é direcionado para a magreza. O corpo da mulher no ciclo grávidico difere desse padrão, em vista que o ganho ponderal se faz necessário para manutenção do feto. Podendo existir entre as gestantes, dificuldade de aceitação dessas mudanças (FERREIRA *et al.*, 2015).

A sexualidade feminina também pode sofrer influências ao longo da vida e a gestação é um fato da vida da mulher que pode afetá-la, assim como fatores biológicos, menopausa, doenças, relacionamento com o parceiro, educação (JAH; THAKAR, 2010).

Durante o pré-natal a mulher prepara-se para vivenciar a gestação e parto da melhor forma, o processo educativo é importante para absorção de conhecimentos nesse momento. A falta de informações, o medo sobre o parto, os cuidados com recém-nascidos, são causas comuns de tensão na grávida, e podem influenciar de forma negativa esse processo. Acolher a gestante, entender o valor que a gestação tem para ela e sua família, pois nesse momento inicia-se o desenvolvimento do afeto com o bebê. Logo,

é necessário avaliar essas questões para melhorar a assistência obstétrica no pré-natal.

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar queixas relatadas na gestação nos vários sistemas corporais, a função sexual e a autoimagem corporal de mulheres grávidas participantes de um Curso de Educação em Saúde.

## 2 - Caminhos Metodológicos

Caracteriza-se por ser uma pesquisa descritiva, inferencial, observacional, realizada na *Universidade Federal do Piauí, campus Ministro Reis Velloso (CMRV)*, Parnaíba/PI. Todas as avaliações especificamente foram realizadas no setor de Uroginecologia e Obstetrícia da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade, no período de outubro de 2018 a março de 2019.

A população foi constituída por gestantes residentes de Parnaíba/PI. O recrutamento das voluntárias foi feito por meio de divulgação via redes sociais e panfletagem na *Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Reis Velloso*– Parnaíba/PI, com convite para participação no “Maternar - Curso Multiprofissional de Educação em Saúde para gestantes e acompanhantes”, idealizado e realizado pelos pesquisadores desta pesquisa. O curso tratava-se de oito encontros presenciais, multiprofissionais, com diversos temas relacionados ao período gravídico puerperal, dentre eles: alterações fisiológicas e psicológicas no ciclo gravídico puerperal, cuidados com o recém-nascido, momento do parto e parto, exercícios na gestação, nutrição, dentre outros. As mulheres eram avaliadas antes de iniciar o curso. Todas foram informadas inicialmente quanto à pesquisa e convidadas a participar, as que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra do estudo foi resultante de um processo de amostragem do tipo não-probabilístico, totalizando 20 gestantes, com faixa etária entre 18 e 37 anos. Como critérios de inclusão: (1) gestantes de baixo risco (comprovado por laudo médico), entre 18 e 37 anos, (2) residentes em Parnaíba/PI, (3) feto único, (4) assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas do estudo as gestantes que se recusaram a completar todos os questionários aplicados, faltaram ou entraram em trabalho de parto.

Os instrumentos para avaliação das mulheres foram: (1) ficha de Avaliação e Identificação na gestação com dados de identificação e sociodemográficos, história

obstétrica e dados ginecológicos; (2) questionário de função sexual, o Índice de Função Sexual Feminina (*IFSF*), que é um questionário específico e multidimensional, que se propõe avaliar a resposta sexual feminina nos domínios (fases ou componentes da resposta sexual): desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor (PRADO; LIMA; LIMA, 2013). Foi desenvolvido para ser autoaplicado e foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa (LEITE *et al.*, 2005). É constituído por 19 questões, que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas, agrupadas em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Todas as perguntas são de múltipla escolha e a cada resposta é atribuído um valor de 0 a 5. Ao final é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio no escore total. O escore total varia de 2 a 36, seria possível discriminar entre as populações com maior e menor risco de apresentar disfunção sexual, sendo o ponto de corte de 26,5, em que menor que esse escore discrimina risco de disfunção e quanto menor pior é a função sexual (THIEL *et al.*, 2008).

E por fim, (3) um questionário para avaliação das atitudes corporais das participantes, o instrumento *Body Attitudes Questionnaire (BAQ)*, que é um questionário de autorrelato composto por 44 itens em escala do tipo Likert com cinco opções de resposta (“Concordo totalmente” até “Discordo totalmente”). O escore total do *BAQ* é calculado pela soma das respostas, o qual pode variar de 44 a 220 pontos, sendo que quanto maior o escore obtido, maiores os sentimentos sobre as seis subescalas: atratividade, autodepreciação, sentimento de gordura, saliência do corpo, percepção da gordura da porção inferior do corpo e força e fitness (SCAGLIUSI *et al.*, 2005). Altos escores nas subescalas “força e condicionamento físico” (normal=16,1) e “atratividade”(normal=16,4) retratam atitudes positivas, já altas pontuações em “sentir-se gorda” (normal=38,4), “depreciação do corpo” (normal=15,2), “saliência no peso e forma corporal” (normal=25,6), “gordura em membros inferiores” (normal=12,2) (BELL; RUSHFORTH, 2008) retratam atitudes negativas.

Em relação aos aspectos éticos, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para Seres Humanos da *Universidade Federal do Piauí* e aprovado sob parecer de número 2.734.047. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (*TCLE*) para participar da pesquisa, sendo respeitado e garantido o anonimato das participantes, assegurando a privacidade das mesmas quanto aos dados coletados durante a pesquisa como rege a Resolução 466/12 do Conselho

Nacional de Saúde. As participantes que desejaram sair do estudo poderiam fazê-lo a qualquer momento.

Para analisar os dados coletados, estes foram tabulados em um banco de dados no software *Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer (SPSS-PC)*, versão 20.0. Foi realizado, inicialmente, o teste de *Shapiro-Wilk*, para testar a distribuição das variáveis quantitativas não normais. Assim, foi utilizado medidas de tendência central (mediana) e dispersão (intervalos interquartis) para descrever as variáveis quantitativas, e frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, ao caracterizar a amostra. As correlações realizadas entre algumas variáveis quantitativas foram feitas por meio do teste de Correlação de *Spearman*. Foi considerado estatisticamente significativo quando  $p < 0,05$ .

### **3 -Resultados e discussão**

A mediana da idade cronológica da amostra estudada foi de 23,5 (21,0 - 29,7) anos e de idade gestacional 20,5 (13,0 - 25,7) semanas. Já o índice de massa corpórea (*IMC*) das gestantes foi de 24,3 (23,4 – 28,5), mostrando-se adequado para a idade gestacional. As demais variáveis sociodemográficas, clínicas, ginecológicas e obstétricas estão apresentadas na tabela 1.

**Tabela 1** – Frequência absoluta e relativa dos dados sociodemográficos, clínicos, ginecológicos e obstétricos da amostra estudada (n=20).

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Cor declarada</b>		
<b>Branca</b>	5	25
<b>Parda</b>	14	70
<b>Negra</b>	1	5
<b>Escolaridade</b>		
<b>Fundamental</b>	2	10
<b>Médio</b>	12	60
<b>Superior</b>	5	25
<b>Pós-graduação</b>	1	5
<b>Ocupação</b>		
<b>Estudante</b>	6	30
<b>Do lar</b>	1	5
<b>Desempregada</b>	5	25
<b>Emprega (trabalha fora)</b>	8	40
<b>Renda Familiar</b>		
<b>1 a 2 Salários Mínimos</b>	10	50
<b>3 a 4 Salários Mínimos</b>	7	35
<b>Maior que 4 Salários Mínimos</b>	2	10
<b>Não respondeu</b>	1	5
<b>Situação conjugal</b>		
<b>Não tem companheiro</b>	1	5
<b>Tem companheiro</b>	19	95
<b>Gravidez planejada</b>		
<b>Sim</b>	2	10
<b>Não</b>	18	90
<b>Gravidez desejada</b>		
<b>Sim</b>	19	95
<b>Não</b>	1	5

<b>Apoio familiar</b>		
<b>Sim</b>	20	100
<b>Não</b>	0	0
<b>Trimestre gestacional</b>		
<b>Primeiro trimestre</b>	6	30
<b>Segundo trimestre</b>	10	50
<b>Terceiro trimestre</b>	4	20
<b>Pretensão do parto</b>		
<b>Vaginal</b>	17	85
<b>Cesárea</b>	3	15
<b>Acompanhamento obstétrico</b>		
<b>Público</b>	11	55
<b>Privado</b>	8	40
<b>Público e privado</b>	1	5
<b>História obstétrica</b>		
<b>Primigesta</b>	16	80
<b>Secundigesta</b>	2	10
<b>Multigesta</b>	2	10
<b>Atividade Física</b>		
<b>Sedentária</b>	13	65
<b>Recreacional</b>	1	5
<b>Regular</b>	6	30
<b>Etilismo</b>		
<b>Sim</b>	0	0
<b>Não</b>	20	100
<b>Tabagismo</b>		
<b>Sim</b>	0	0
<b>Não</b>	20	100

**Nota:** Salário mínimo vigente em 2018: R\$ 954,00. **Fonte:** Elaborado pelos autores.

Ao analisar as possíveis queixas de alterações nos sistemas corporais durante a gestação, foi encontrado que a sonolência, a dor lombo pélvica (*DLP*), o aumento da frequência respiratória e aumento das idas ao banheiro, assim como do aparecimento de constipação e labilidade emocional, foram as queixas mais prevalentes, com destaque na *DLP* (Tabela 2).

**Tabela 2** – Frequência absoluta e relativa dos dados referentes a queixas relatadas durante a gestação (n=20).

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
Cloasma	2	10	18	90
Linha Nigra	9	45	11	55
Estrias e alterações de pele	5	25	15	75
Cabelo	10	50	10	50
Unhas	4	20	16	80
Temperatura/oleosidade/varizes	5	25	15	75
Infecção urinária	4	20	16	80
IUE	6	30	14	70
IUU	3	15	17	85
Aumento da micção	16	80	4	20
Náuseas	9	45	11	55
Vômitos/ Salivação excessiva	8	40	12	60
Refluxo	6	30	14	70
Constipação	11	55	9	45
Aumento frequência respiratória	12	60	8	40
Dispneia/ Fadiga	10	50	10	50
Aumento frequência cardíaca	9	45	11	55
Edema MMSS	1	5	19	95
Edema MMII	2	10	18	90
Dor lombopélvica	19	95	1	5
Caimbras	6	30	14	70
Dormência MMSS	1	5	19	95
Dormência MMII	3	15	17	85
Sonolência	15	75	5	25
Lentidão	7	35	13	65
Labilidade emocional	11	55	9	45

**Nota:** IUE – incontinência urinária de esforço; IUU – incontinência urinária de urgência; MMSS – membros superiores; MMII – membros inferiores . **Fonte:** Elaborado pelos autores.

Em relação à atividade sexual das gestantes, quase todas as mulheres relataram estar ativas sexualmente na gestação 95% (n=19), com mediana de frequência de 2 vezes por semana. Analisando as fases do ciclo sexual como desejo, excitação e orgasmo, além da dor e satisfação sexual, temos que a maioria tinha desejo sexual, ficava

excitada, chegava ao orgasmo, sem relatos de dor no ato sexual e ficavam satisfeitas (Tabela 3). Ao considerar o questionário *FSFI* (Índice de Função Sexual Feminino), que engloba todos esses domínios anteriormente citados, além da lubrificação, foi observado que a mediana do escore total foi de 27,45 (23,0 – 30,9), mostrando que 55% (n=11) das voluntárias não apresentaram risco de ter disfunção sexual, uma vez que o escore foi maior que 26,5, ponto de corte do escore total para discriminar risco ou não.

**Tabela 3** – Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas à atividade sexual (n=20).

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Desejo</b>		
<b>Sim</b>	16	80
<b>Não</b>	4	20
<b>Excitação</b>		
<b>Sim</b>	19	95
<b>Não</b>	1	5
<b>Orgasmo</b>		
<b>Sim</b>	15	75
<b>Não</b>	5	25
<b>Dor</b>		
<b>Sim</b>	3	15
<b>Não</b>	17	85
<b>Satisfação</b>		
<b>Sim</b>	15	75
<b>Não</b>	5	25



Ao questionar alguns pontos sobre sua vida sexual, conhecimento corporal e sexualidade, a maioria das mulheres relatou saber onde sente prazer (100%), saber como o corpo responde durante a relação sexual (75%), não conhecer o que é assoalho pélvico (60%), nem saber contrair e relaxar essa musculatura (55%), não ter orientação sexual durante a gestação (75%), relata possuir dúvidas sobre a sexualidade na gestação (60%) e relata conversar com o parceiro sobre questões relacionadas a função sexual (90%).

Considerando os dados obtidos no questionário de autoimagem corporal *BAQ* (*Body Attitudes Questionnaire*) foi visto que as gestantes nas subescalas “força e condicionamento físico” e “atratividade” mostraram valores dentro da normalidade, relacionados a atitudes positivas. Assim como as subescalas “sentir-se gorda”, “depreciação do corpo”, “saliência no peso e forma corporal”, “gordura em membros inferiores” também mostraram valores atribuídos todos abaixo da média esperada, mostrando que as mulheres não tinham percepções negativas em relação ao seu corpo (Tabela 4).

**Tabela 4** – Mediana e intervalo interquartil do escore total e por subescalas do questionário *BAQ* - *Body Attitudes Questionnaire* (n=20).

<i>BAQ</i>	Mediana	Intervalo interquartil
Sentir-se gorda	29,5	27 – 44,7
Depreciação do corpo	14	10,2 – 17,7
Força e condicionamento	18	16 – 20
Saliência do peso e forma corporal	20,5	19 – 22,7
Atração física	16,5	15 – 17,7
Gordura dos membros inferiores	10,5	9 – 14
TOTAL	109	105,2 – 132,7

**Nota:** *BAQ* - *Body Attitudes Questionnaire*. **Fonte:** Elaborado pelos autores.

Correlacionando variáveis como escore total do *BAQ*, do *FSFI*, Índice de Massa corporal (*IMC*), idade gestacional, número de gestações e frequência de sexo na gestação foi visto que apenas frequência de sexo na gestação e *IMC* tiveram uma correlação estatisticamente significativa, sendo positiva e moderada ( $r=0,458$ ;  $p=0,04$ ) (Tabela 5).

Nosso estudo, mostra que as participantes eram adultas jovens, *IMC* adequado para idade gestacional assim como em um outro estudo (PIMENTEL *et al.*, 2012) publicado em que as participantes também eram adultas jovens e *IMC* adequado para

idade gestacional. No estudo de Bomfim e Melro (2014), foi encontrada a baixa condição socioeconômica em 46% das gestantes, com renda de até um salário mínimo, o que pode justificar um pré-natal público, e 42% apresentavam ensino médio completo. Em nosso estudo a renda familiar variou de 1 a 4 salários mínimos, 60% possuíam ensino médio completo e trabalhavam fora de casa. Eram atendidas no serviço público para realização dos seus pré-natais 55%, estando em sua maioria no segundo trimestre gestacional.

**Quadro 1** – Correlações das variáveis *BAQ*, *FSFI*, *IMC*, idade gestacional, número de gestações e frequência de sexo na gestação (n=20).

	BAQ	FSFI	IMC	Idade gestacional	Número de gestações	Frequência de sexo na gestação
BAQ	-					
FSFI	-0,234 (0,32)	-				
IMC	-0,016 (0,94)	0,367 (0,11)	-			
Idade gestacional	0,103 (0,66)	0,293 (0,21)	-0,147 (0,53)	-		
Número de gestações	-0,405 (0,07)	-0,086 (0,71)	0,190 (0,42)	-0,311 (0,18)	-	
Frequência de sexo na gestação	0,096 (0,68)	0,159 (0,50)	0,458 (0,04)*	-0,064 (0,78)	0,075 (0,75)	-

**Nota:** Diferença estatisticamente significativa \*  $p < 0,05$ ; *BAQ* – *Body Attitudes Questionnaire*; *FSFI* – *Índice de Função Sexual Feminina*; *IMC* – *Índice de Massa Corporal*.

Das queixas gestacionais encontradas nas mulheres do nosso estudo, as principais foram: sonolência, aumento da frequência urinária e a dor lombopélvica relatada por 95% das participantes desta pesquisa. Como forma de justificar esses achados, o estudo feito por Novaes, Shimo e Lopes (2006), descreve que ocorre na gestação o crescimento uterino e o peso sobre a bexiga que pode levar ao aumento da frequência de idas ao banheiro, além do aumento das mamas, o deslocamento do centro de gravidade, alterações hormonais que aumentam o afrouxamento ligamentar, aumentam a lordose lombar, levando a sobrecarga dos músculos lombares e posteriores da coxa, e consequentemente a essa dor lombopélvica, que é prevalentes nas gestantes.

Segundo Dalvi *et al.* (2010), a lombalgia interfere nas atividades de vida diária e do trabalho, podendo gerar insônia. Por meio desse achado, podemos dizer que o tem-

po de descanso da gestante diminui, ocasionando cansaço, o que pode justificar a sonolência na tentativa de o corpo descansar. Assim como também a adaptação da postura em busca de melhorar o equilíbrio, pode comprometer o sono, a capacidade motora e influenciar diretamente a qualidade de vida dessas gestantes.

Considerando a função sexual das gestantes, vimos que a mediana do escore total foi de 27,45, mostrando que a maioria das voluntárias não apresentaram risco de ter disfunção sexual, nem visão negativa sobre o desejo, a excitação, o orgasmo, a satisfação ou a frequência de sexo. Corroborando com nossos achados, Sueiro *et al.* (1998) afirmaram que a frequência e o desejo sexual não são afetados pela gravidez. Além disso, as nossas gestantes estavam no segundo trimestre gestacional, ratificando essa não alteração dessas variáveis sexuais, uma vez que Ahmed, Madny e Sayed Ahmed (2014), Leite *et al.* (2009) e Jamali e Mosalanejad (2013) mostram que neste trimestre se verifica uma estabilidade, principalmente emocional, em que a gestação se encontra bem estabelecida, sem muitos incômodos, com mais segurança dos pais frente a gravidez, permitindo até um aumento da resposta sexual das mulheres, melhorando a qualidade orgástica e o comportamento sexual.

A correlação que encontramos entre *IMC* e frequência da relação sexual, mostrou que quanto maior o *IMC* maior a frequência, o que nos faz pensar que com o avançar da gestação, que conseqüentemente leva ao aumento do peso e *IMC*, essa frequência de sexo aumenta também. Este dado confronta com dados da literatura, como o estudo de Savall, Mendes e Cardoso (2008) que acredita que a gravidez afeta a frequência sexual, diminuindo consideravelmente no terceiro trimestre, e o estudo de Sacomori, Cardoso e Wittkopf (2012), que concluiu que a função sexual da mulher grávida diminui progressivamente com o avançar da gestação.

Esses resultados obtidos em nosso estudo podem ser explicados pelo fato da amostra ter apresentado um bom conhecimento corporal e sobre sua sexualidade, além de serem mulheres jovens, com gestação sendo desejada, apesar de não planejada, relatar saber onde sente prazer, saber como o corpo responde durante a relação sexual, e conversar com o parceiro sobre questões relacionadas a função sexual. Tudo isso mostrando que não só as alterações físicas, biomecânicas e biológicas que ocorrem normalmente na gravidez interferem na sexualidade da mulher, mas também variáveis interpessoais, emocionais e de autopercepção corporal.

Ao analisar os dados obtidos no questionário de autoimagem corporal *BAQ* (*Body Attitudes Questionnaire*) as mulheres mostraram que se sentiam bem com o próprio corpo. Meireles *et al.* (2017) diz que a forma como a gestante se avalia, seu estado emocional e sua adequação quanto ao peso corporal, influencia diretamente o modo pelo qual ela se relaciona com o seu próprio corpo. Ao decorrer da gestação se essas mulheres continuarem com a mesma percepção de imagem boa, podem correr menos riscos de alterações mais sérias como por exemplo, depressão pós-parto, como foi descrito no estudo de Ferreira *et al.* (2016) onde mostrou que o descontentamento no final da gestação pode levar a depressão, no entanto, questões emocionais não foram avaliadas no nosso estudo.

Em relação às limitações do estudo, alguns dados não foram significativos devido o número da amostra ser pequeno. Além disso, podemos citar a não divisão em trimestres gestacionais e por ter sido colhido dados apenas por meio de entrevistas e autopreenchimento. Logo, se faz necessário, mais estudos nesse contexto com maior número de participantes, com divisão por trimestres gestacionais, podendo comparar os trimestres, e ainda com essas mulheres não grávidas, para melhor evidência científica.

#### **4- Considerações finais**

As mulheres avaliadas eram adultas jovens sexualmente ativas, que referiam dor lombopélvica como principal queixa gestacional, a maioria sem risco de disfunção sexual e apresentaram boa aceitação e conhecimento sobre seu próprio corpo. Tais informações são importantes para compreensão das mudanças no período gestacional, permitindo um melhor direcionamento ao atendimento obstétrico no pré-natal, de modo que os profissionais envolvidos possam intervir na promoção e prevenção da saúde dessa gestante.

## Referências

AHMED, Magdy R.; MADNY, Elham H.; SAYED AHMED, Waleed A. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 40, n. 4, p. 1023-1029, 2014.

ALMEIDA, Leila Grazielle Dias *et al.* Análise comparativa das PE e PI máximas entre mulheres grávidas e não grávidas e entre grávidas de diferentes períodos gestacionais. **Revista Saúde Com**, v.1, n.1, p.9-17, 2005.

BELL, Lorraine; RUSHFORTH, Jenny. **Overcoming body image disturbance: A programme for people with eating disorders**. Routledge, 2008.

BIM, Cintia Raquel; PEREGO, Alline Lilian; PIRES-JR, Hugo. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. **Iniciação Científica Cesumar**, v.4, n.1, p.57-61, 2007.

BOMFIM, Izabelle Quintiliano Montenegro; MELRO, Bruna Cavalcante Freire. Estudo comparativo da função sexual em mulheres durante o período gestacional. **Journal of Health Sciences**, v. 16, n. 4, 2014.

CASTRO, Danielle Freitas Alvim de; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 2, p. 159-165, 2013.

DALVI, Aline Rizzo *et al.* Benefícios da cinesioterapia a partir do segundo trimestre gestacional. **Saúde e Pesquisa**, v. 3, n. 1, 2010.

FERREIRA, Maria Elisa; CASTRO, Marcela Rodrigues; MORGADO, Fabiane Frota. **Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. Juiz de Fora (MG): Editora UFJF; 2014.

FERREIRA, Maria Elisa Caputo *et al.* Imagem corporal de gestantes: associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, p. 319-324, 2015.

FERREIRA, Maria Elisa Caputo *et al.* Imagem corporal de gestantes: um estudo longitudinal. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, p. 223-230, 2016..

JHA, Swati; THAKAR, Ranee. Female sexual dysfunction. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 153, n. 2, p. 117-123, 2010.

JAMALI, Safieh; MOSALANEJAD, Leili. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. **Iranian journal of reproductive medicine**, v. 11, n. 6, p. 479, 2013.

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn. **Exercícios terapêuticos**. 3ª ed. São Paulo: Manole, 1998.

- LEITE, Alessandra Plácido Lima *et al.* Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, v. 29, p. 396-401, 2007
- LEITE, Alessandra Plácido Lima *et al.* Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, p. 563-568, 2009.
- MANN, Luana *et al.* Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. Motriz. **Revista de Educação Física**. UNESP, v.16, n.3, p.730-741, 2010.
- MEIRELES, Juliana Fernandes Filgueiras *et al.* Imagem corporal, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima e ansiedade em gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, p.437-445, 2017.
- NOVAES, Flavia Silva; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Lombalgia na gestação. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 14, p. 620-624, 2006.
- PIMENTEL, Kleber *et al.* Perfil clínico-social das gestantes atendidas numa unidade-docente-assistencial baseada no modelo de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 239-239, 2011.
- PRADO, Daniela Siqueira; LIMA, Ryane Vieira; LIMA, Leyla Manoella Maurício Rodrigues de. Impacto da gestação na função sexual feminina. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, p. 205-209, 2013.
- SACOMORI, Cinara; CARDOSO, Fernando Luiz; WITTKOPF, Priscila Geraldine; LATORRE, Gustavo Fernando Sutter. Função sexual feminina na gestação. **Fisioterapia Brasil**, v. 13, n. 6, p. 1-5, 2012.
- SCAGLIUSI, Fernanda Baeza *et al.* Psychometric testing and applications of the Body Attitudes Questionnaire translated into Portuguese. **Perceptual and motor skills**, v. 101, n. 1, p. 25-41, 2005.
- SAVALL, A. C. R.; MENDES, A. K.; CARDOSO, F. L. Perfil do comportamento sexual na gestação. **Fisioterapia em Movimento**, v. 21, n. 2, p. 61-70, 2008
- SILVA, Ana Isabel; FIGUEIREDO, Bárbara. **Sexualidade na gravidez e após o parto**. 2005.
- SILVA, Luzenilda Sabina; PESSOA, Franciele de Borba; PESSOA, Douglas Tadeu Cardoso. Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos. **Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos**, v.8, n.2, 2015.
- SUEIRO, E. *et al.* Sexuality and pregnancy. **Atencion Primaria**, v. 22, n. 6, p. 340-346, 1998.
- THIEL, Rosane do Rocio Cordeiro *et al.* Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, p. 504-510, 2008.

# CAPÍTULO 7



## AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA DAS MAMAS NO PUERPÉRIO IMEDIATO

**Aline Xavier Gomes Silva**  
**Maria Thereza Albuquerque Barbosa Cabral Micussi**

### 1-Apresentação

Durante a gestação e puerpério, a mama passa por diversas modificações hormonais para que seja capaz de produzir, armazenar e liberar leite para o bebê. Durante a gravidez, uma grande quantidade de estrogênio e progesterona é secretada pela placenta, o que estimula o crescimento e ramificação do sistema de ductos das mamas e, posteriormente, o crescimento dos lóbulos mamários, multiplicação dos alvéolos e desenvolvimento de características secretórias nas células dos alvéolos (GUYTON; HALL, 2011).

O nível de prolactina, hormônio responsável pela secreção de leite, também aumenta durante a gestação, porém a grande quantidade de estrogênio inibe seu efeito secretor, impedindo que a mama secrete leite antes do nascimento (DIMITRAKI *et al.*, 2016). Após o nascimento, com a retirada da placenta, há uma redução nos níveis de estrogênio e progesterona, e um aumento nos níveis de prolactina, permitindo que este exerça seu papel de secreção e liberação de leite (SRIRAMAN, 2017).

Entre 24 e 48 horas após o parto ocorre a apojadura, onde há uma dilatação dos ductos e alvéolos. Logo após a apojadura, acontece a descida do leite (JALDIN; SANTANA, 2015). Nesse período, a mama fica intumescida e mais sensível, e a mulher pode notá-la um pouco mais quente. Outros sinais que podem surgir frequentemente, alertando para algo mais patológico, são edemas, traumas superficiais, fissuras, bolhas, áreas avermelhadas e brilhantes, e aumento da temperatura (GIUGLIANI, 2004). Tudo isso pode fazer com que a mulher interrompa a amamentação.

Além do vínculo entre mãe e filho que se cria e se fortalece através da amamentação, está traz diversos benefícios para a saúde de ambos. Desta forma se faz neces-

sária a avaliação da mama no puerpério imediato, para identificar possíveis problemas e saná-los, evitando que a amamentação seja interrompida. Atualmente, essa avaliação consiste basicamente em inspeção e palpação, fazendo com que os resultados sejam subjetivos (HEBERLE; ICHISATO; NOHAMA, 2015), principalmente, no que diz respeito à temperatura da mama.

A termografia é um método não invasivo que determina a temperatura superficial da pele a partir de imagens obtidas pela radiação infravermelha emitida pelo próprio corpo, através de uma câmera térmica que não emite nenhum tipo de radiação (CÔRTE; HERNANDEZ, 2016; VAINER, 2005). Na prática clínica, tem-se utilizado a termografia para avaliar a temperatura da mama nos casos de câncer de mama (ARORA *et al.*, 2008; DRAPER; JONES, 1969; NG, 2009). Porém, são poucos os estudos que utilizam esse recurso para avaliar a mama na gestação (BURD *et al.*, 1977; SIMOES; VARDASCA; NOGUEIRA-SILVA, 2012) e pós-parto (DOS SANTOS HEBERLE; NOHAMA; PELLOSO, 2019; GARDNER *et al.*, 2019; HEBERLE, 2014; HEBERLE; ICHISATO; NOHAMA, 2015).

Sabendo que a termografia permite avaliar a temperatura de regiões corporais de forma não invasiva, e sem oferecer riscos à saúde do paciente, este foi o recurso utilizado neste estudo para avaliar se há variação de temperatura na mama de puérperas lactantes entre 24 e 48 horas após o par.

## **2 - Caminhos Metodológicos**

Este estudo caracteriza-se como transversal, e foi realizado com mulheres puérperas internadas na *Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC)*, de dezembro de 2018 a dezembro de 2019. As 21 mulheres que participaram do estudo tinham idade entre 18 e 40 anos, não apresentavam qualquer impossibilidade de exercer a amamentação e não tinham bebês gemelares. As participantes foram divididas em dois grupos: as que foram avaliadas 24h após o parto, e as que foram avaliadas 48h após o parto. As pacientes que retiraram o seu consentimento para participar da pesquisa, as que apresentaram alterações psíquicas, tornando-se incapazes de responder aos questionamentos da pesquisa, e aquelas em uso de medicações psicotrópicas/ansiolíticas, foram excluídas da pesquisa.

Foram colhidas informações do pré, peri e pós-parto de cada paciente através de uma ficha de avaliação desenvolvida pelas pesquisadoras com auxílio da equipe de fisioterapia da *MEJC*. Essa ficha continha dados de identificação, história clínica e



obstétrica, avaliação materna no pré-parto, data e hora do parto, avaliação materna no parto, avaliação materno- infantil no pós-parto imediato, e da amamentação.

Logo depois, o avaliador preenche o Formulário de Observação de Mamadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.*, 1993) enquanto acompanhava o momento de amamentação da voluntária. O formulário, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), é composto por 48 itens, sendo 24 relacionados a sinais positivos, e 24 a sinais negativos com relação à amamentação. Além de contabilizar o tempo total da mamada observada, o formulário avalia: posição da mãe e do bebê; respostas da dupla; estabelecimento de laços afetivos; anatomia das mamas; sucção. De acordo com o número de comportamentos desfavoráveis assinalados, é gerado um escore para cada domínio, que o classifica em bom, regular ou ruim.

Ao final, a voluntária foi para a sala de coletas, onde foi preenchida a ficha de avaliação termográfica das mamas, também desenvolvida pelas pesquisadoras, e realização da termografia. A ficha de avaliação termográfica das mamas continha informações sobre o horário da coleta e da última mamada, qual mama foi oferecida na última mamada, tempo total de duração da última mamada, temperatura da sala, umidade do ar, temperatura corporal e informações sobre a ingestão de alimentos termogênicos no dia da coleta (como café, chá, canela e gengibre).

Para realização da termografia foi necessário passar por um processo de aclimação, onde a voluntária permaneceu durante 15 minutos com as mamas despidas expostas a uma temperatura entre 18 e 25°C. Após esse tempo, as mulheres foram posicionadas em sedestação, com os membros superiores apoiados na região da nuca, formando um ângulo de 90° de flexão e abdução do ombro. Nesta posição, foi realizado um exame físico, colhendo as seguintes medidas em centímetros: distância axila-mamilo direito, distância axila-mamilo esquerdo, circunferência das mamas (altura do mamilo), e circunferência das mamas (altura do processo xifóide). A câmera foi posicionada a uma distância aproximada de 30 cm da paciente, o foco foi regulado para que a marcação do meio ficasse posicionada no processo xifóide, e três fotos foram captadas com a luz apagada.

Também foram considerados os critérios do checklist baseado no Consenso Delphi (MOREIRA *et al.*, 2017) para realização da termografia, como: ambiente longe de fontes de radiação ou fluxo de ar, posicionamento da câmera perpendicular à região de

interesse, pele seca, entre outros. As avaliações, incluindo entrevista com a ficha de avaliação, questionários e termografia, foram realizadas no turno vespertino, na sala de evolução médica da enfermaria de pós-parto de risco habitual da *MEJC*, com duração máxima de 30 minutos. Antes de iniciar, foram medidas a temperatura e a umidade da sala através de um termo higrômetro digital da marca Tomate.

As imagens foram captadas por uma câmera termográfica da marca Flir®, modelo one, com resolução de 480 x 640 pixels. Todas as imagens foram coletadas para posterior análise estatística. Foram medidas a temperatura média, máxima, mínima e o delta das mamas e do canto medial dos olhos como área de referência. A temperatura do canto medial dos olhos é a região considerada como a área mais quente da face e uma medida indireta da temperatura central do corpo, conhecida como túnel de temperatura do cérebro (ABREU *et al.*, 2010; BRIOSCHI, 2011).

A estatística descritiva por meio de médias, desvio padrão e frequência foi utilizada para apresentação dos dados sociodemográficos e gineco-obstétricos. O teste *t-Student* pareado e não pareado foi utilizado para comparar as mamas oferecidas e controle e para comparar os tempos, respectivamente. Foi adotado um valor de  $p < 0.05$  como estatisticamente significativo para as análises.

As pacientes que concordaram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – (*TCLE*), após explicação dos objetivos e procedimentos da pesquisa. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da *Universidade Federal do Rio Grande do Norte*, e foi aprovado com o número 3.336.544.

### **3 - Resultados e Discussão**

Participaram da pesquisa 21 mulheres, sendo 10 do grupo de 24h, e 11 do grupo de 48h após o parto. Na Tabela 1 é possível perceber que a média de idade das participantes de ambos os grupos (48h e 24h) é aproximadamente a mesma, bem como em ambos os grupos a maior parte das participantes teve parto normal.

**Quadro 1.** Dados sociodemográficos e clínicos das voluntárias da pesquisa (N=21).

	24h	48h
Idade	29,70±6,29	29,36±6,12
Paridade	2,21±1,05	2,97±1,58
Idade gestacional	38,4±2,12	39,2±1,66
Grau de escolaridade		
Sem escolaridade	20%	10%
Primário	10%	20%
Secundário	50%	40%
Terciário	20%	20%
Pós-graduação	0%	10%
Estado civil		
Sem companheiro	10%	10%
Com companheiro	90%	90%
Tipo de parto		
Normal	60%	70%
Cesárea	40%	30%

**Fonte:** Autoria Própria.

Comparando a média da temperatura média entre os grupos 24h e 48h, não houve diferença significativa da mama oferecida ( $p=0,455$ ) nem da mama controle ( $p=0,472$ ) (Tabela 2). Também não houve diferença significativa comparando o delta de temperatura entre os dois grupos na mama oferecida ( $p=0,778$ ), nem na mama controle ( $p=0,56$ ). Para tanto, foi considerado como valor significativo  $p<0,05$ .

**Tabela 2.** Análise das temperaturas das mamas em 24 e 48 horas (N=21).

		Temperatura			Delta da Temperatura
		Mínima	Máxima	Média	
24 horas	Mama Oferecida	26,09±2,42	36,44±0,99	34,74±3,48	10,26±2,32
	Mama Controle	26,71±3,56	36,21±1,14	34,64±3,48	10,37±1,63
	Face*	33,96±2,63	36,70±1,49	35,05±0,58	3,54±1,24
48 horas	Mama Oferecida	27,68±1,79	36,58±1,85	35,68±1,67	10,52±1,84
	Mama Controle	28,13±2,03	36,83±1,77	35,54±1,73	9,84±2,39
	Face*	33,16±2,65	36,33±2,17	35,77±0,64	3,33±0,92
p-valor**		0,109	0,85	0,455	0,778
p-valor***		0,285	0,57	0,472	0,56

**Nota:**\*Análise da temperatura da face de 8 pacientes. **Fonte:** Autoria Própria \*\*Mama oferecida. \*\*\* Mama controle

O objetivo deste estudo foi avaliar se há diferença de temperatura na mama de puérperas lactantes entre 24 e 48 horas após o parto, que poderia ser esperado devido ao processo de apojadura e produção de leite. Em nossos resultados, não foram encontradas diferenças significativas na comparação entre os valores da média de temperatura, nem da temperatura mínima, máxima e delta.

Já se é conhecido que fatores como prática de exercício, ortostatismo, hidratação, envelhecimento, hormônios reprodutivos e patologias modifiquem as respostas de vasoconstrição e vasodilatação do fluxo sanguíneo, afetando, conseqüentemente, a temperatura da pele (CHARKOUDIAN, 2010).

A temperatura da mama também pode ser afetada por fatores como efeitos térmicos dos vasos superficiais, propriedades térmicas da epiderme, tecidos interconectados, quantidade de tecidos adiposo e subcutâneo, temperatura ambiente, temperatura corporal e taxa metabólica dos tecidos mamários (BURD *et al.*, 1977; DRAPER; JONES, 1969).

Souza *et al.* (2015) ressaltaram que o aumento da atividade metabólica faz com que haja uma ativação das veias do plexo superficial das mamas, aumentando a temperatura da pele. Também confirmaram que a temperatura da pele, assim como a

temperatura das mamas, é afetada pela temperatura central do corpo e pela temperatura ambiente, visto que o sangue exerce um papel de regulação da temperatura gerando calor metabólico, tendendo a convergir para a superfície do corpo no calor, e ao contrário em um clima frio (SOUZA *et al.*, 2015).

Sabendo que diversos fatores podem afetar essa temperatura, todas as voluntárias deste estudo realizaram o exame termográfico em um ambiente com temperatura controlada, passando antes por um período de aclimação, minimizando os efeitos da temperatura ambiente sob a temperatura a ser analisada.

As modificações hormonais em relação à mama iniciam ainda durante a gestação, com uma grande quantidade de estrogênio e progesterona, hormônios responsáveis pelo desenvolvimento físico das mamas, sendo secretado pela placenta (GUYTON; HALL, 2011). Um estudo realizado por Charkoudian *et al.* (1999) avaliou a influência dos hormônios reprodutivos femininos no controle térmico local do fluxo sanguíneo na pele. A descoberta desses autores indicou que a resposta vasodilatadora ao aquecimento local era aumentada na combinação exógena de anticoncepcionais orais dos hormônios estrogênio e progesterona (CHARKOUDIAN *et al.*, 1999).

Draper e Jones (1969) já haviam observado um aumento na temperatura dos seios no primeiro trimestre da gestação, que coincide com um aumento de vascularização nessa área. Burd *et al.* (1977) também observaram que ocorre um aumento na temperatura média das mamas em 9 semanas de gestação, que se mantém durante todo o período antes do parto, e volta a aumentar no primeiro dia após o parto, sugerindo que pode haver um aumento ainda maior no fluxo sanguíneo e na taxa metabólica das mamas no pós-parto imediato (BURD *et al.*, 1977).

Esses pontos podem levar à hipótese de que no pós-parto imediato há uma redução brusca desses hormônios, e pode haver uma redução da temperatura também. No entanto, o aumento da ocitocina e prolactina podem apresentar outras características termográficas.

Após o parto, os níveis de estrogênio e progesterona diminuem, e aumenta o nível de prolactina, fazendo com que haja secreção e liberação de leite (SRIRAMAN, 2017). A sucção do bebê durante a amamentação também leva a um aumento nos níveis de ocitocina, que é responsável pelo reflexo de descida do leite e tem um efeito de dilatação vascular periférica, que aumenta o fluxo sanguíneo e, conseqüentemente

a temperatura (ALEX; MCGUIRE, 2020; RIORDAN *et al.*, 2009). Por essa razão, todas as voluntárias incluídas deveriam estar amamentando o neonato e ele não deveria estar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Na apojadura, que segundo Jaldin e Santana (2015) acontece entre 24 e 48 horas, ocorre uma dilatação dos ductos e alvéolos, causada por uma alta migração de água, que é atraída pela força hiperosmolar da lactose, e a mama fica intumescida. Por esse motivo, poderia ser esperado que houvesse uma diferença de temperatura significativa entre 24 e 48 horas.

Após isso, inicia-se a lactogênese fase II (JALDIN; SANTANA, 2015), que é o início da secreção abundante de leite após o parto (NEVILLE; MORTON; UMEMURA, 2001). Essa fase ocorre em momentos diferentes em cada mulher. Sriraman (2017) afirma que ocorre entre 30 e 40 horas após o parto, e entre 50 e 70 horas a maioria das mulheres sente um aumento no volume das mamas. Feldman-Winter *et al.* (2020) afirmam que ocorre somente 72 horas após o parto para a maioria das mulheres.

Nossos achados indicaram que há um leve aumento na temperatura da mama em 48h após o parto, tanto na mama oferecida (0,94 °C) quanto na mama controle (0,9 °C), porém este não é um aumento estatisticamente significativo ( $p=0,455$  e  $p=0,472$  respectivamente). Estudos mais antigos mostram que a transferência de leite é baixa nos primeiros 2 dias após o parto, começando a aumentar de forma gradual em aproximadamente 36 horas, tendo um aumento mais acentuado entre 49 e 96 horas, e a partir daí começa a aumentar mais lentamente (NEVILLE *et al.*, 1988). Isso pode justificar o fato de não termos encontrado diferença entre as avaliações em nosso estudo, visto que estas foram realizadas em até 48 horas, onde a produção de leite estava começando a aumentar ainda de forma gradual, e não tinha atingido o seu pico.

Avaliando a mama por meio de termografia, Heberle, Ichisato e Nohama (2015) observaram que mamas ingurgitadas tiveram uma maior temperatura que mamas flácidas. Nesse mesmo estudo foi considerado assimetria térmica quando a diferença de temperatura fosse maior que 0,3 °C entre as mamas da mesma mulher, baseando-se no estudo de Simoes, Vardasca e Nogueira-Silva (2012) que definiu esse valor de assimetria para mulheres grávidas. Já no relato de caso de uma lactante com ingurgitamento bilateral das mamas, Heberle, Ichisato e Nohama (2015) sugerem que a assimetria térmica está associada ao volume de leite nos lobos mamários, tendo encontrado um

lobo com assimetria de 1,5 °C na mama que havia sido previamente oferecida ao bebê.

Em nosso estudo, a diferença da média de temperatura entre as mamas (oferecida e controle) no grupo 24h foi de 0,1 °C, e no grupo 48h foi de 0,14 °C, tendo a mama oferecida a maior média de temperatura em ambos os grupos.

Diferentemente do nosso estudo, os autores acima estudaram situações patológicas e, talvez, este seja o motivo dos mesmos terem encontrado diferença significativa de temperatura entre as mamas. Além disso, nós não consideramos neste estudo o valor definido como assimetria térmica por Simoes, Vardasca e Nogueira-Silva (2012), pois ele não foi definido para mulheres puérperas.

Kimura e Matsuoka (2007) mediram a temperatura das mamas durante a amamentação através de um termômetro Coretemp CM-210, e mostraram que há um aumento significativo na temperatura da pele de ambas as mamas no início da sucção até 5 minutos após sua conclusão. Mostraram também que a temperatura das mamas é significativamente maior entre 4 dias e 8 semanas após o parto do que entre os dias 1 e 2.

Gardner *et al.* (2019) viram que a temperatura do mamilo também aumenta durante a amamentação e bombeamento de leite, e não houve diferença de temperatura entre um mamilo e outro, sugerindo que esse aumento de temperatura pode ser causado pela liberação de ocitocina que, por ser sistêmica, gera uma vasodilatação do plexo venoso superficial de ambas as mamas, e desempenha um papel na remoção eficaz do leite.

Em nosso estudo, as voluntárias haviam amamentado há mais de 15 minutos, tempo necessário para aclimação das mamas antes da realização da termografia quando, segundo esses autores, a temperatura da mama já havia diminuído após a amamentação. Nossos resultados confirmam que não há diferença de temperatura entre uma mama e outra.

A termografia tem sido empregada em vários estudos por tratar-se de um método capaz de mostrar alterações fisiológicas de forma não invasiva e livre de radiação (CÔRTE; HERNANDEZ, 2016). Dessa forma, se mostra um método de avaliação seguro para mulheres lactantes, porém os estudos envolvendo a termografia com a mama na lactação são ainda bastante escassos na literatura, o que dificultou a comparação de resultados e sinaliza a importância de novos estudos serem realizados para

confirmação desses dados e para uma maior compreensão da fisiologia da mama durante a lactação.

As limitações do nosso estudo podem ter impactado em nossos resultados, como uma amostra pequena, e coleta limitada a 48 horas após o parto. Além disso, a termografia poderia ter sido aplicada duas vezes na mesma puérpera, em 24 e em 48 horas, para que fosse possível comparar a diferença de temperatura na mesma mulher dentro desse período.

#### **4 - Considerações Finais**

Diante disto, concluímos que não há diferença na temperatura das mamas no pós-parto imediato apesar de ocorrer um leve aumento na temperatura da mama entre 24 e 48 horas após o parto. Esses resultados podem ser explicados pelo fato de a produção de leite ainda não ser intensa em 48 horas, e a segunda fase da lactogênese provavelmente não ter iniciado ainda na maioria das mulheres avaliadas.

Além disso, o tamanho da amostra foi muito pequeno, podendo ter dificultado a obtenção de um resultado estatisticamente significativo. Sendo assim, sugere-se que sejam realizados novos estudos, com maiores amostras, e que afirmem a temperatura por um intervalo maior de tempo, para confirmar esses resultados e contribuir para um melhor entendimento da fisiologia da mama na lactação.



# Referências

- ABREU, Marc M. *et al.* Consistency of brain temperature tunnel measurements in different environmental temperature. **American Society of Anesthesiologists**, p. A673, 2010.
- ALEX, Ashley; BHANDARY, Eva; MCGUIRE, Kandace P. Anatomy and Physiology of the Breast during Pregnancy and Lactation. **Diseases of the Breast during Pregnancy and Lactation**, p. 3-7, 2020.
- ARORA, Nimmi *et al.* Effectiveness of a noninvasive digital infrared thermal imaging system in the detection of breast cancer. **The American Journal of Surgery**, v. 196, n. 4, p. 523-526, 2008.
- BRIOSCHI, Marcos Leal. **Metodologia de normalização de análise do campo de temperaturas em imagem infravermelha humana**. 2011. 115 f. Tese (Doutorado) - Curso de Engenharia Mecânica, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.
- BURD, Laurence I. *et al.* The relationship of mammary temperature to parturition in human subjects. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 128, n. 3, p. 272-278, 1977.
- CÔRTE, Ana Carolina Ramos; HERNANDEZ, Arnaldo José. Termografia médica infravermelha aplicada à medicina do esporte. **Revista brasileira de medicina do esporte**, v. 22, p. 315-319, 2016.
- CHARKOUDIAN, Nisha *et al.* Influence of female reproductive hormones on local thermal control of skin blood flow. **Journal of Applied Physiology**, v. 87, n. 5, p. 1719-1723, 1999.
- CHARKOUDIAN, Nisha. Mechanisms and modifiers of reflex induced cutaneous vasodilation and vasoconstriction in humans. **Journal of applied physiology**, v. 109, n. 4, p. 1221-1228, 2010.
- DOS SANTOS HEBERLE, Anita Batista; NOHAMA, Percy; PELLOSO, Sandra Marisa. Evidências da mama puerperal por termografia: relato de caso. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.
- DIMITRAKI, Marina *et al.* Evaluation of the effect of natural and emotional stress of labor on lactation and breast-feeding. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 293, p. 317-328, 2016.
- DRAPER, Janet W.; JONES, Colin H. Thermal patterns of the female breast. **The British Journal of Radiology**, v. 42, n. 498, p. 401-410, 1969.
- FELDMAN-WINTER, Lori *et al.* Evidence-based updates on the first week of exclusive breastfeeding among infants  $\geq$  35 weeks. **Pediatrics**, v. 145, n. 4, 2020.

GARDNER, Hazel et al. Thermal physiology of the lactating nipple influences the removal of human milk. *Scientific Reports*, v. 9, n. 1, p. 1-8, 2019.

GIUGLIANI, Elsa RJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de pediatria**, v. 80, p. s147-s154, 2004.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. Tratado de Fisiologia Médica. 12ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011

HEBERLE, Anita Batista dos Santos. Avaliação das técnicas de massagem e ordenha no tratamento do ingurgitamento mamário por termografia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, p. 277-285, 2014.

HEBERLE, Anita Batista dos Santos; ICHISATO, Sueli Mutsumi Tsukuda; NOHAMMA, Percy. Avaliação da mama na lactação por termografia e presença de dor. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, p. 256-263, 2015.

JALDIN, M. G. M.; SANTANA, R. B. Anatomia da mama e fisiologia da lactação. **Aleitamento materno. São Paulo: Atheneu**, p. 35-46, 2001.

KIMURA, Chisato; MATSUOKA, Megumi. Changes in breast skin temperature during the course of breastfeeding. **Journal of Human Lactation**, v. 23, n. 1, p. 60-69, 2007.

MOREIRA, Danilo Gomes *et al.* Thermographic imaging in sports and exercise medicine: A Delphi study and consensus statement on the measurement of human skin temperature. **Journal of Thermal Biology**, v. 69, p. 155-162, 2017.

NEVILLE, Margaret C. et al. Studies in human lactation: milk volumes in lactating women during the onset of lactation and full lactation. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 48, n. 6, p. 1375-1386, 1988.

NEVILLE, Margaret C.; MORTON, Jane; UMEMURA, Shinobu. Lactogenesis: the transition from pregnancy to lactation. **Pediatric Clinics of North America**, v. 48, n. 1, p. 35-52, 2001.

NG, EY-K. A review of thermography as promising non-invasive detection modality for breast tumor. **International Journal of Thermal Sciences**, v. 48, n. 5, p. 849-859, 2009.

RIORDAN, Jan *et al.* Anatomy and physiology of lactation. **Breastfeeding and human lactation**. 4th ed. Jones & Bartlett Publishers, p. 79-108, 2009.

SOUZA, Gladis Aparecida Galindo Reiserberger *et al.* Temperatura de referência das mamas: proposta de uma equação. **Einstein (São Paulo)**, v. 13, p. 518-524, 2015.

SIMÕES, Ricardo; VARDASCA, Ricardo; NOGUEIRA-SILVA, Cristina. Thermal skin reference values in healthy late pregnancy. **Journal of thermal biology**, v. 37, n. 8, p. 608-614, 2012.

SRIRAMAN, Natasha K. Os segredos da amamentação: anatomia e fisiologia da lactação. **Problemas atuais na atenção à saúde pediátrica e do adolescente**, v. 47, n. 12, p. 305-31, 2017.

VAINER, Boris G. FPA-based infrared thermography as applied to the study of cutaneous perspiration and stimulated vascular response in humans. **Physics in Medicine & Biology**, v. 50, n. 23, p. R63, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Breastfeeding counselling: a training course**. World Health Organization, 1993.

# CAPÍTULO 8



## VULNERABILIDADES DECORRENTES DO TRABALHO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 EM TRABALHADORAS DA SAÚDE

Livia Fragoso Brito e Silva

Fernanda Diniz de Sá

Leonildo Santos do Nascimento Júnior

### 1 - Apresentação

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) definia o Núcleo Ampliado de Saúde da Família-Atenção Básica (*NASF-AB*) como uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, formada por profissionais da saúde de diversas especialidades, que complementam às equipes atuantes na atenção básica. A esses profissionais, cabia atuar de forma integrada para então, apoiar de forma clínica, sanitária e pedagógica, as equipes de Saúde da Família (*eSF*) e de Atenção Básica (*eAB*). Para tal, faz-se necessário que essa equipe seja membro orgânico da *AB*, vivendo integralmente o dia a dia nas Unidades Básicas de Saúde e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população.

No entanto, com a implementação do Programa Previne Brasil (HARZHEIM, 2020), a partir do ano 2019, introduziu-se um novo modelo de aporte às ações estratégicas na atenção básica à saúde no Sistema Único de Saúde (*SUS*). Conforme Mattos, Gutierrez e Campos (2022), o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (*NASF*) passou a não ter financiamento discricionário pelo Ministério da Saúde, ficando a administração municipal com a responsabilidade de financiamento e opção de manutenção.

Em dezembro de 2019, foi descoberto o SARS-Cov-2, na cidade de Wuhan, China. Desde então, profissionais de saúde lutam diariamente para a minimização dos efeitos nefastos gerados pela COVID-19. A pandemia causada pelo novo Coronavírus, gerou na população uma situação de pânico e cautela de forma exorbitante. O medo pelo desconhecido, sobretudo por sua letalidade e transmissibilidade, fez com que o mundo pensasse hábitos corriqueiros e com isso, se adaptasse a um novo cenário. Tais mudanças repercutiram, significativamente, no processo de trabalho em saúde, independente do seu nível de complexidade (BRITO *et al.*, 2020; TEIXEIRA, 2020).

Durante a pandemia, o trabalho realizado pela Atenção Básica, porta de entrada para os demais serviços ofertados pelo *SUS*, permeou em quatro eixos: vigilância em saúde nos territórios; atenção aos usuários com COVID-19; suporte social a grupos vulneráveis e continuidade das ações próprias da *AB*. Por sua vez, o *NASF-AB* teve três áreas de atuação nos municípios em houve a opção de continuidade do programa: enfrentamento mais direto da pandemia da COVID-19; no “cuidado dos cuidadores” e estratégias para apoiar os profissionais de saúde. Além disso, salienta-se algumas das atividades propostas e eventuais desafios nesses nichos de atuação: reorganização dos espaços e processos de trabalho; telemonitoramento; produção e divulgação de materiais escritos; produção e distribuição de máscaras; orientação para o auxílio emergencial (ABRASCO, 2021; NOAL, PASSOS; FREITAS, 2020).

A pandemia da COVID-19 tem demonstrado a importância dos profissionais de saúde. Com enfoque na seara hospitalar, mediante o cenário onde um minuto requer uma tomada de decisão imediata, podendo definir a vida de tantos pacientes. Os “heróis da saúde”, como têm sido chamados, carregam em suas “capas protetoras” a vida de muitos cidadãos. Trazem diagnósticos. Comunicar más notícias aos familiares desses pacientes. Assistem colegas de profissão tornarem-se usuários do serviço de saúde em decorrência de contaminação pelo novo coronavírus. Elaboram condutas terapêuticas humanizadas. Tudo isso diariamente, a todo instante, recebendo uma sobrecarga demasiadamente exaustiva, física ou emocional (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

O trabalho exaustivo durante o cenário pandêmico, requer dos profissionais de saúde um esforço muito maior. E mediante a isso, surgem vulnerabilidades à saúde, sejam eles físicas ou emocionais. Como exemplo, o esgotamento mental ocasionou tantas sequelas durante a pandemia quanto a própria COVID-19, repercutindo na qualidade dos serviços de saúde (NOAL; PASSOS; FREITAS, 2021; OMS, 2021) Neste sentido, faz-se necessário analisar as condições físicas e psíquicas de profissionais de saúde – principalmente as mulheres face a múltiplas jornadas de trabalho -, para que a partir disso, medidas referentes ao cuidado com a saúde dessas profissionais sejam tomadas. Além disso, a exaustão física e/ou mental, sendo descoberta precocemente, pode gerar menos danos, promovendo maior rendimento na jornada de trabalho no cenário atual extremamente sobrecarregado.

A força de trabalho em saúde possui uma pluralidade, englobando uma vasta faixa etária, raça, gênero, hierarquia profissional, no que tange aos cargos e nível de

conhecimento à ciência, no tocante às especialidades de cada trabalhador. Essa multiplicidade é importante para designar as formas diferentes de riscos e a exposição ao vírus. Quanto a isso, considera-se que exista maior predominância do público feminino nos serviços de saúde (MINAYO, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Partindo dessas considerações, o presente estudo tem o objetivo de identificar vulnerabilidades ao adoecimento, sob uma perspectiva biopsicossocial, na saúde das trabalhadoras do *NASF-AB* de Cabedelo/PB, mediante o cenário pandêmico da COVID-19.

## **2 - Caminhos Metodológicos**

Tratou-se de uma pesquisa de campo, de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no Núcleo Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica (*NASF-AB*) de Cabedelo, município na região metropolitana da capital da Paraíba. Compôs a população deste estudo profissionais pertencentes ao *NASF-AB* e a amostra representou as 11 profissionais do sexo feminino.

Foram incluídas nesta pesquisa, trabalhadoras com idade entre 20 e 59 anos; que fossem prestadoras de serviço ou concursadas do município de Cabedelo; com tempo mínimo de contrato/trabalho antecedendo o mês de março de 2020. Foram excluídas, aquelas que estavam no período de férias, afastadas do trabalho por estar em algum grupo para risco de morte pelo Coronavírus e as que se recusaram a responder tal pesquisa ou negaram-se a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (*TCLE*).

A coleta de dados deu-se através de um questionário semiestruturado produzido e elaborado pelos pesquisadores num formulário disponibilizado *online*. O questionário continha itens que buscaram investigar dados sociodemográficos (Sexo; Idade; Profissão; Tempo de profissão; Carga horária semanal de Trabalho; Tempo no serviço; Vínculo empregatício); itens sobre o medo em relação à COVID-19 (ter, transmitir ou morrer pela doença e de perder familiares para ela) e itens sobre os impactos do trabalho durante a pandemia (Alterações de rotina, comportamentos, hábitos, necessidade de acompanhamento psicológico e dificuldades provocadas pelo uso de equipamentos de proteção individual), tendo sido enviado à amostra por aplicativos de mensagens rápidas.

Os dados foram tabulados, processados e analisados em um banco de dados, no programa *Microsoft Office Excel*® 2019 e submetidos à análise estatística descritiva simples para posterior discussão à luz da literatura científica sobre o tema.

A pesquisa foi realizada dentro das normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do *Centro de Ciências da Saúde do Centro Universitário de João Pessoa – CEP/UNIPÊ* (CAAE: 4 8743421.2.0000.5176).

### **3 - Resultados e Discussão**

Sobre o perfil da amostra, a maior parte estava na faixa etária compreendida entre 25 a 39 anos (35,4%), sendo fisioterapeutas (36,4%), fonoaudiólogas (18,18%), além de médica, enfermeira, nutricionista, educadora física e psicóloga (com 9,09% cada), com até 5 anos de formação (45,4%). Em relação à carga-horária, boa parte (63,6%) das participantes cumprem uma carga-horária de 20-30h semanais e quanto ao tempo no serviço, um total de 81,82% possui até 8 anos de atuação. No que tange ao vínculo empregatício, a maioria das participantes eram prestadoras de serviço (54,54%).

No que confere à infecção pelo novo coronavírus, mais da metade (54,5%) afirma não ter sido contaminado e, da parte infectada, uma grande maioria (81,8%) afirma não ter apresentado nenhuma sequela. Das participantes, um grande percentual (90,9%) atesta que alguém do seu convívio teve COVID-19 e mais da metade (54,5%) acredita não ter sido meio de transmissibilidade. Por fim, boa parte (72,7%) das mulheres participantes desse estudo afirma que não pensaram em desistir de atuar durante a pandemia da COVID em seus respectivos empregos.

Sobre o medo em relação à COVID-19, viu-se que embora a maioria das profissionais (63,6%) não refere medo em infectar-se pelo novo coronavírus, mas receia morrer em consequência desta (54,5%). Quase a totalidade delas (90,9%) tem medo de ser um meio de transmissibilidade da doença e todas elas referiram ter perdido uma pessoa próxima para a COVID.

Enquanto isso, mesmo não abordando a temática “medo”, o estudo realizado pela ABRASCO (2021), apontou que a equipe *NASF-AB*, juntamente com o Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (*CEREST*) e a Casa do Servidor, utilizou como estratégia de enfrentamento do período intenso de pandemia, a ajuda

compartilhada. A estratégia supracitada representa a promoção do bem-estar físico e emocional dos profissionais, relacionado à cada seara de atuação dos mesmos.

Um ponto extremamente crucial nesse estudo, é o medo de morrer por contaminação da COVID-19. Questão essa que, pode ser relacionada com o que Bellinghini (2020) traz sobre o sentimento de despreparo e desamparo por parte do Governo Federal, mediante à escassez de investimento em equipamentos de proteção individual, treinamentos de biossegurança, testagem em massa dos profissionais e investimento para o insumo necessário à produção de vacinas.

Embora existam protocolos de biossegurança a serem seguidos, há entre os profissionais do artigo em xeque, o medo em ser meio de transmissibilidade do vírus da COVID-19 a outros, o que pode ser ratificado com o que o CONASEMS (2021) relata. Além do mais, ABRASCO (2021) constata, se referindo ao cenário da Atenção Básica, no que diz respeito ao medo de levar a doença aos familiares e amigos, pela máxima exposição ao vírus.

Desde quando iniciou o cenário pandêmico, os profissionais de saúde considerados “linha de frente”, relatam sofrer com algum tipo de sintoma físico ou psicológico. Dentre eles, o principal fator que desencadeia a sintomatologia, é o estresse (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Gerado em decorrência da exaustão física e mental e, contribuindo diretamente para o surgimento de outros sintomas, como por exemplo, a ansiedade.

Sobre o processo de trabalho após a declaração do estado pandêmico, constata-se que houve alteração na jornada de trabalho (81,8%) dos profissionais de saúde. Todas as profissionais notaram alguma mudança no relacionamento familiar e a grande maioria delas (81,8%) verificou mudanças no relacionamento interpessoal dentro do cenário laborativo.

De modo majoritário, pôde-se perceber que houve na carga horária de trabalho das respondentes, alguma alteração mediante o cenário pandêmico. Sobre este aspecto, Dal Pra *et al.* (2021), afirma que novas estratégias foram abordadas para que o trabalho pudesse ser continuado e além disso, fosse feito da melhor forma aos profissionais, englobando a saúde de cada um deles. Acerca disso, foi estabelecido uma divisão de tarefas, mesclando entre atendimentos presenciais e teletrabalho. No estudo promovido pela ABRASCO (2021), além do aumento na jornada laboral, os profissionais relataram dificuldades para desenvolver as atividades, onde cita-se como exemplo, as



financeiras, enquanto realizavam teleatendimentos e tele monitoramentos e os mesmos arcaram com suas despesas. Sobrecargas profissionais fora do horário de trabalho e ainda, instabilidade na rede de internet.

Em relação a algum tipo de alteração na saúde das participantes em virtude da jornada de trabalho, 81,8% atestam ter percebido algo e sobre mudanças comportamentais e de rotinas percebidas em si, toda a amostra alegou que sim. Mudanças na rotina foram notadas por todas as mulheres respondentes e a maioria delas (81,8%) observou algum desajuste no tocante à qualidade do sono, como por exemplo, dificuldade para dormir, acordar, manter-se no sono ou manter-se acordada/falta de concentração nas atividades laborativas. Entretanto, mais da metade dessas mulheres (54,5%) afirma não utilizar nenhum estimulante para auxiliar na qualidade do sono, seja ele alopático ou fitoterápico.

Evidenciou-se que a maioria das profissionais do estudo apresentou alguma alteração em sua saúde, mediante a jornada laboral durante o cenário pandêmico. Relacionado a esse tema tão importante e preocupante, alguns estudos concordam com tal informação. Bellinghini (2020), relata algumas queixas geradas pelos profissionais, onde a maioria deles expressa cansaço físico e mental, estresse/ansiedade e exaustão física e psicológica. Corroborando a pesquisa feita por Noal, Passos e Freitas (2020), ratificando essa sintomatologia e algumas outras, como fraqueza, dores no corpo e alterações de apetite. Consideram ainda que a insistência desses sintomas se caracteriza como um fator deveras alarmante. Um estudo publicado pelo CONASEMS (2021), exhibe além dos sintomas relatados, marcadores quanto à sua frequência e intensidade. Desde um marcador comum a alguma resposta estressora até mesmo algum sintoma que cause prejuízo na funcionalidade do profissional.

Existe nessa pesquisa o relato das participantes no que se relaciona às alterações na qualidade do sono. A maioria afirma ter dificuldades para dormir, acordar, manter-se vigilante ou ainda, a diminuição da concentração durante o trabalho. Temática essa abordada por Noal, Passos e Freitas (2020), corrobora que no contexto da pandemia, os trabalhadores de saúde estão vulneráveis em demasia no que tange à saúde mental, tendo sido afetados diretamente ou não pelos eventos ocorridos em seu ambiente laborativo. É retratado ainda sintomas derivados de tais alterações do sono, como por exemplo, a irritabilidade. Estudos apontaram que, além de situações estressoras, a ansiedade vem sendo pioneira, afetando diretamente na má qualidade do sono desses

profissionais, seja por dificuldades em iniciar o sono, problemas para continuar dormindo ou problemas com o despertar precoce. Notório mencionar, também, que houve profissionais que relataram ainda dificuldade de concentração durante suas atividades diurnas, cansaço, incapacidade para realizar determinadas tarefas rotineiras, memória debilitada e alterações de humor (BRITO-MARQUES *et al.*, 2020).

Das mulheres que fizeram parte de tal amostra, grande parte (72,7%) diz que não faz acompanhamento com psicoterapeuta e das participantes que fazem psicoterapia, mais da metade (54,5%) aponta que iniciaram em tais atendimentos durante a pandemia. No tocante à necessidade em fazer acompanhamento com psicoterapeuta, a maioria (63,6%) vê como fator importante à saúde, que tem a pretensão de fazer psicoterapia. Noal, Passos e Freitas (2020), apontam que os profissionais de saúde deveriam ter atendimento psicológico, ainda que *online*, durante a pandemia da COVID-19, devendo ser um serviço oferecido livremente a todos os profissionais que estão na linha de frente, independentemente do nível de atenção em que atendam. Sendo da Atenção Básica, onde se inclui o *NASF-AB*, Secundária ou Terciária.

Acerca da prática de exercícios físicos, a maior parte (81,8%) das inquiridas afirmou praticá-los e dessas, a maioria (23,7%) faz em uma frequência de 5 vezes por semana. Todas as entrevistadas veem a necessidade em ter uma rotina de exercícios. Daronco *et al.* (2021), alegando não somente a importância do exercício físico, seja ele de força ou resistência, tanto para a saúde física como mental e qualidade do sono, mas também a sua frequência. Onde, acima de três vezes por semana, há resultados consideráveis. Não somente isso, mas o tal estudo traz acerca da resposta imunológica em vacinados como mais eficiente nos indivíduos que já praticavam algum exercício físico antes da pandemia.

Sobre o consumo de bebidas alcoólicas antes da pandemia, mais da metade (54,5%) relata não ser adepta. Dentre as que já ingeriram, grande parte delas (72,7%) afirma que esse hábito ficou mais frequente durante a pandemia. Nota-se que a maioria das trabalhadoras envolvidas nessa pesquisa não possuía o costume de ingerir bebidas alcoólicas antes da pandemia e, no quesito a posteriori, percebeu-se que tal consumo aumentou. A esse fato, Ramos-Toescher *et al.* (2020) afirma que o consumo de bebidas alcoólicas e o uso de drogas entre profissionais de saúde aumentou, devido à resposta emocional e física que tais profissionais tiveram mediante o surto infeccioso da COVID-19. Silva, Santos e Pachú (2020), também afirmam o elevado consumo de

substâncias psicoativas e, exprimem que tal prática, deixa o sistema imunológico mais propenso e suscetível ao contágio da doença em questão. Visto que tal prática se elevou de forma alarmante, Adamoli (2020), criou uma cartilha com recomendações relacionadas ao uso de drogas, lícitas e ilícitas.

No que corresponde às consequências pelo uso dos Equipamentos de Proteção Individual (*EPI*) por tempo demasiado (como por exemplo, alergia cutânea, infecção urinária, cefaléia, dificuldade de locomoção, restrição de movimento, adaptação ou qualquer outro tipo), a maioria das mulheres (63,6%) afirma ter tido algum tipo dessas alterações. Brito-Marques *et al.* (2020) e Dantas (2012) afirmam que o uso demasiado de equipamentos de proteção individual – máscara N95, óculos, touca, protetor facial, avental –, o excesso de lavagem de mãos e o uso de álcool em gel ou líquido para higienização das mãos, podem gerar algum tipo de alergia, acompanhada por pequenas ulcerações na pele. Sem contar nas horas em que, enquanto paramentados, os profissionais são privados de ir ao banheiro, tendo que muitas vezes ignorar suas necessidades fisiológicas.

A maior parte das profissionais (63,6%) afirmou ter alguma atividade que servia de escape/*hobby* durante as folgas durante o trabalho na pandemia. A maior parte dessas mulheres (72,7%) percebeu a colaboração de amigos e/ou familiares como forma de superar as tensões geradas durante a pandemia.

#### **4 - Considerações Finais**

A análise de dados do estudo em questão, proporcionou identificar as vulnerabilidades para o adoecimento em trabalhadoras do *NASF-AB* de um município na Paraíba, mediante o cenário pandêmico da COVID-19, sob uma perspectiva biopsicossocial. Partindo daí, o medo de morrer em decorrência da COVID-19, o medo de transmiti-la e de perder alguém para a doença foram dados importantes. Além disso, alterações na carga horária de trabalho, mudanças no relacionamento familiar, mudanças na relação com os profissionais de equipe, alterações na saúde pela jornada laboral, mudanças comportamentais, mudanças na rotina, alterações na qualidade do sono, o aumento da frequência na ingestão de bebidas alcoólicas, alterações provenientes no uso de *EPI's* por tempo demasiado foram percebidos.

Dentre as profissionais, as vulnerabilidades identificadas são provenientes do aumento da demanda de trabalho, podendo ser exemplificada com um número maior

de pacientes e por vezes, menor quadro de funcionários, tendo em vista que esses se afastam ao se infectar pelo novo coronavírus; a restrição física de movimentação e consequências pelo uso prolongado dos equipamentos de proteção individual; a necessidade de adaptação a novas formas de trabalho e de atualizar-se constantemente em relação a novas diretrizes clínicas; dificuldade ou falta de disposição para manter o autocuidado; estado de alerta e hipervigilância constante; insegurança no trabalho; o medo de ser infectado e infectar parentes e amigos; perder colegas de profissão para a COVID; menos tempo de interação para com a família; a escassez de equipamentos de proteção individual e outros produtos essenciais; sintomas depressivos e ansiosos; incapacidade de relaxar e complicações na rotina de sono.

Essa pesquisa apresenta um retrato – ainda que numa esfera municipal – do trabalho na saúde durante a pandemia da COVID-19 e é direcionada aos trabalhadores e gestores da saúde. Estratégias abordadas que visem à minimização desses impactos, podem ser elencadas como melhorando a qualidade de vida no ambiente de trabalho, aumentando o quadro de funcionários e diminuindo a carga horária laborativa em excesso, promovendo saúde no trabalho com oficinas que englobam as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (*PICS*), momentos de pausas, exercícios de relaxamento, orientações ergonômicas e outras temáticas que envolvam Saúde do Trabalhador, permitindo-os maior descanso e melhor desempenho nas atividades laborativas.

Por limitações, constata-se que o cenário de afastamentos laborais como medida de controle sanitário impediu que o estudo possuísse uma amostra maior. Sendo assim, faz-se necessário que outros estudos sejam elaborados, para que a temática seja maior enfatizada e mais do que isso, seja posto em prática o cuidado humanizado entre os próprios profissionais através de orientações e ações de saúde.

## Referências

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Experiências de Ação NASF no enfrentamento da COVID-19. 2021.** Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/06/05/experiencias-de-atuacao-nasf-no-enfrentamento-da-covid-19/>. Acesso em: 05 dez. 2022.

ADAMOLI, A. N. *et al.* **O uso de álcool e outras drogas em tempos de pandemia.** Porto Alegre: PUCRS, 2020.

BELLINGHINI, Ruth Helena. Medo e desalento entre profissionais no SUS. **Revista Questão de Ciência**, v. 1, n.22, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica**, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRITO, Sávio Breno Pires *et al.* Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século xxi. **Vigilância Sanitária em Debate**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 54-63, 29 maio 2020. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência y Tecnologia*. <http://dx.doi.org/10.22239/2317-269x.01531>.

BRITO-MARQUES, Janaína Mariana de Araújo Miranda *et al.* Impact of COVID-19 pandemic on the sleep quality of medical professionals in Brazil. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 79, p. 149-155, 2021.

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde.** 4 ed. Brasília, 2021.

DAL PRA, Keli Regina *et al.* As ações profissionais da/o assistente social na atenção primária em saúde no contexto da pandemia de Covid-19. **Revista Katálisis**, v. 24, p. 595-606, 2021.

DARONCO, Luciane Sanhotene Etchepare *et al.* Educação Física e saúde em tempos de COVID-19. **Observatório Socioeconômico da COVID-19.** Universidade Federal de Santa Maria-RS, 2020.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface-Comunicação, Saúde e Educação**, v. 25, n.1 p. 345-61, 2021.

HARZHEIM, Erno. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1189-1196, 2020.

MATTOS, Mauricio Pereira de; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3503-3516, 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; FREIRE, Neyson Pinheiro. Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3555-3556, 2020.

NOAL, Débora da Silva; PASSOS, Maria Fabiana Damasio; FREITAS, Carlos Machado (org.) **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment**. Geneva: WHO, 2020.

RAMOS-TOESCHER, Aline Marcelino *et al.* Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. SPE, 2020.

SILVA, Camila Victória Pereira da Silva; SANTOS, Genilson Bento; PACHU, Clésia Oliveira. Prevalência de ansiedade em profissionais da saúde em tempos de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 693-710, 2021.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciencia & saude coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020.

# CAPÍTULO 9



## O CORPO DA MULHER POBRE E AS VIOLAÇÕES FACILITADAS POR GOLPES NEOLIBERAIS E DE ESTADO

**Fernanda Diniz de Sá**  
**Brenda Kelly Pontes Soares**  
**Leonildo Santos do Nascimento Júnior**

### 1-Apresentação

Em meados de junho de 2018, causou enorme repercussão - ao menos nos meios de defesa dos direitos humanos e de pautas feministas – o caso de Janaína, uma mulher supostamente moradora de rua e drogadita, que teve sua esterilização imposta judicialmente e com o agravante de uma ordem de condução coercitiva para realização do procedimento cirúrgico. Toda a ação judicial teve como justificção o fato de que ela já teria um número considerável de filhos que ficaram em situação de suposto abandono, portanto a decisão judicial estaria atuando na prevenção de futuras gestações e futuras crianças em situação de vulnerabilidade. Tudo ocorreu sem ao menos considerar a possibilidade do direito fundamental de defesa ou mesmo sem questionar a fragilidade de qualquer consentimento por parte dessa mulher, que vivia sob condições de vida das mais vulneráveis (VIEIRA,2018)

Devido ao forte debate público do caso que se seguiu na mídia e nas redes sociais – com posicionamentos variados, mas em maioria contrários à ação judicial - o juiz que empreitou a ação publicou uma nota de esclarecimento na qual afirmou que o caso já vinha sendo acompanhado há anos pela comarca onde atua e negou resistência dessa mulher à realização do procedimento, afirmando que houve acompanhamento da rede de saúde e assistência social da localidade. De acordo com a nota do juiz, Janaína tinha acesso a benefícios sociais do município, mas o ambiente familiar era marcado pela violência e negligência materna, o que culminou na destituição do poder familiar de seus oito filhos, dos quais 3 de um relacionamento anterior encontram-se sob a guarda paterna (um deles internado por dependência química) e dos outros cinco com o atual companheiro, três foram adotados, um bebê está em processo de adoção e uma adolescente encontra-se em abrigo social (POMPEU, 2018)

É um caso escandaloso, extremo, que poderia ser analisado a partir de inúmeros prismas que vão desde a eugenia, governo dos pobres, higienismo social, até o estado de exceção pela judicialização, em que estamos imersos no Brasil, agindo sem qualquer freio a remover direitos humanos fundamentais de livre defesa, apenas para citar exemplos.

Nesse ensaio de opinião, desenvolvemos uma reflexão sobre algumas categorias que nos parecem pertinentes a essa situação, particularmente às questões relativas aos enquadramentos de gênero e as considerações do corpo feminino no campo da vida política, assim como da precariedade da vida humana.

## **2 - A mulher, seus papéis tradicionais e o corpo transgressor a ser governado**

No atual contexto de crise com o qual nos deparamos no Brasil, notadamente pós-golpe de 2016, Jessé Souza (2017) alertou que é contingente que se reflita não somente a respeito das políticas públicas e seu desmonte, mas também sobre o contexto político mais geral de modo a compreender não apenas os elementos que serviram de fundamentos desencadeadores para empreender o golpe de Estado, mas os desdobramentos de ordem social mais ampla. Essa conjuntura vem suscitando a emergência de novos atores e de movimentos de cunho fascista, sobretudo sua maior visibilidade e presença na arena política, sem que deixemos de considerar os velhos e poderosos agentes públicos, que agora parecem prescindir da dissimulação para o agir, antes velado.

No caso aqui ilustrado, o poder de intervenção de um agente dotado de poder e representando o Estado sobre o corpo de uma mulher encontra seus fundamentos na cultura patriarcal, nas hierarquias de gênero e no processo histórico que vivenciamos, mas também na omissão por letargia e violência deliberada do Estado; Afinal, trata-se de um ‘objeto’ de preocupação menor, de cuidado perante alguns tipos de vidas – seja das muitas “janaínas” ou de seus filhos - e o suporte social para que vidas mais dignas sejam oportunizadas. O que mais se observa é o pleno oposto, isto é, serem culpabilizadas e penalizadas por estarem numa condição injusta de precariedade.

Todas as pessoas estão expostas a modelagens e a tipos de formatação social já desde o nascimento, sendo o Estado uma esfera crucial na regulação e construção de formatações e enquadramentos, tais quais os de gênero. Suas instituições operam



favorecendo, implícita ou explicitamente, diferenças entre os sujeitos que podem ser ilustrados, por exemplo, nas certidões de nascimento onde é obrigatória a definição do sexo, colocando esse registro, desde a origem do sujeito, como um importante marcador de diferença (MISRA; KING, 2005).

Obviamente, as normas existentes tendem a considerar e atribuir valor e reconhecimento de forma diferenciada e mesmo excludente. Essa diferença é constantemente reforçada pela vida cotidiana e reconhecida, de maneira dramática ou simbolicamente, pela experiência das assimetrias de poder, nos mais variados aspectos e expressões. As desigualdades consequentes são potentes e seguem sendo atualizadas e sofrendo agravantes cumulativas a partir das intersecções com outras desvantagens, tais quais raça e classe (MISRA; KING, 2005).

Para Butler (2015, p.12), “uma vida específica não pode ser considerada lesada ou perdida se ela não for considerada viva”, pois é necessário que existam condições específicas, normas, que elaboram enquadramentos que preparam o terreno para que um sujeito seja dado ao reconhecimento, se torne digno de tal. Para que o enquadramento tenha êxito, é necessário que haja condições para a reprodutividade e a divisão sexual do trabalho é um dos fatores a favorecer esse contexto, sendo tanto uma característica de organização das atividades produtivas como também um mecanismo básico de socialização, de subjetivação, que segue padrões de gênero (BENITO, 2004).

O enquadramento da subjetividade feminina é fortemente forjado pela divisão sexual do trabalho, construindo seres orientados para o cuidado, com predisposição para se preocupar e satisfazer as necessidades de outras pessoas. Esta disposição implica que o outro, além de ser objeto de preocupação, deva ser também o instrumento de realização e confirmação do valor de uma mulher. Uma modelagem que formata socialmente não apenas o que a mulher percebe de si, mas, sobretudo as expectativas sociais quanto ao exercício desse papel e, por conseguinte, todo o peso que lhe recaia caso se negue a realizar esse projeto (BUTLER, 2015; BENITO, 2004).

É importante destacar ainda o lado sombrio dessa disposição ética em relação ao cuidado, que pode produzir como consequência tanto atitudes abusivas, como criação deliberada de dependências inexistentes, impedindo que a outra pessoa cuide de si. O cuidado, pois “está intimamente relacionado ao abuso e, de fato, as relações de cuidado têm um caráter fortemente ambivalente” (BENITO, 2004, p. 129). Desse modo, o corpo de mulheres como “Janaína”, que não exercem o cuidado materno ou que o exercem de

forma não normativa, negligente ou abusiva, distancia-se do enquadramento de normatividade. O corpo de “Janaína” é então facilmente destacado da condição normativa de vida e está exposto a ser manipulado e violado por outros corpos e por instituições do Estado, sem que sequer sejam ponderados os inúmeros motivos que geraram essa situação ou essa incapacidade de exercer uma maternidade “cuidadosa”. Isso leva a pensar tanto a respeito de condições de sobrevivência minimamente garantidas por políticas públicas, como também de uma “política democrática de cuidado”- nos termos de Benito (2004) - que não venha a penalizar a mulher na delegação de todos os encargos de cuidados e lhes remeter valor em detrimento desse papel socialmente pré-determinado.

Em contextos sociais como o que vivia “Janaína”, de tamanha violência, torna-se pouco provável a construção de seres humanos com autoestima e autoconfiança e, sem isso, não é possível passar aos filhos os cuidados e incentivos necessários ao pleno desenvolvimento. “As classes superiores são as classes do espírito, do conhecimento valorizado, enquanto as classes trabalhadoras são do corpo, do trabalho braçal e muscular, que as aproxima dos animais. O homem é percebido como espírito, em oposição às mulheres definidas como afeto” (SOUZA, 2017, p.18). Perante esses enquadramentos, “Janaína” é corpo e deveria ser afeto, nesse duro ato cotidiano de cuidar dos filhos e dos outros, invisível e desvalorizado, que é o papel social do feminino.

Neste sentido, avançando para um pensamento da interseccionalidade de classe e raça para além dos enquadramentos de gênero, na realidade brasileira “Janaína” é facilmente enquadrada como ralé, categoria que designa sujeitos considerados abjetos, que não se prestam a servir às elites pelo trabalho produtivo e útil, estando, portanto, destacada de qualquer mínima consideração como cidadão de direito (SOUZA, 2017). Não é, pois, uma vida que mereça as considerações mínimas e está passível de ser, sem grandes questionamentos da ordem moral ou jurídica, submetida a atos não consentidos e punitivos: Não lhe deve ser permitida a possibilidade biológica de gerar mais filhos.

Ainda que, nesse caso específico, as figuras paternas tendam a estar no mesmo patamar que “Janaína” pelos recortes de classe, suas atitudes e identidades não são postas em cena diante do poder interventor do Estado e seu agente, representante da elite de mando. As responsabilidades paternas não vêm a ser questionadas nem punições ou outros tipos de ações dirigidas a eles e nem aos seus corpos. Há apenas um corpo que é agravante e oferece risco: o de “Janaína”, que precisa ser contido. Também não é feita menção a partir da perspectiva da ausência de redes de compartilhamento do cuidado

dos filhos ou mesmo do cuidado que demanda essa mulher – e seu corpo - diante das tantas vulnerabilidades a que está exposta.

Mas, em que pesem as considerações relativas à violência de gênero a partir desse agente público específico – o juiz - extraídas desse caso, é também posto sob holofotes as tensões provenientes do modelo de Estado que vem sendo posto em prática para desarticular as frágeis e incipientes estruturas e redes de proteção social no Brasil. E o quanto crises institucionais podem historicamente recair com um peso mais proeminente nos ombros das mulheres, mais fortemente ainda sobre as que não se prestam aos enquadramentos.

### **3 - O corpo da mulher pobre: entre os papéis de cuidados e a precariedade da vida**

O contexto de crise em que estamos imersos desde o golpe de 2016 não é apenas cenário, mas parte fundamental que tanto explica como propicia o desfecho do caso de “Janaína”. Como já comentado, apontando as recentes reformas e desmonte de políticas sociais, Souza (2017) chamou atenção que isso anda de mãos dadas com os novos e assustadores movimentos políticos que nos fazem repensar esse complexo conjunto de atores, dispositivos e resoluções que vêm impactando no contexto das políticas e da vida social.

Há bastante tempo estudos que se dedicam a estudar o feminismo em sociologia política vem apontando como as estruturas do Estado e as ideologias de gênero determinam padrões de ação social (MISRA; KING, 2005). Já não me parece haver questionamentos a respeito do caráter machista e classista do golpe midiático-parlamentar de 2016, que tendo apoio de uma parcela significativa da população, se reflete também na forma como atores dotados de poder dentro das instituições do estado passam a agir sob o manto dessa cobertura. As mulheres, particularmente aquelas cujas vidas importam pouco – pobres, pretas, moradoras de ruas, dentre tantas mais - e não agregam os valores fundamentais para gerar comoção as elites de poder, são tornados alvos de toda sorte de violações (SOUZA, 2017).

Na concepção de Butler (2015), a nossa vida está sempre, de algum modo, nas mãos de outras pessoas. Apesar de ela elaborar o conceito de precariedade da vida num contexto de “Quadros de Guerra”, que dá título a sua obra, analisando as violações sofridas por prisioneiros de guerra feitos pelos *EUA* em sua jornada de guerra ao ter-

rorismo, esse entendimento me parece pertinente também para analisar as crescentes violações de caráter de gênero e classe, que costumam ser agravadas por situações de crise, sejam guerras, golpes de estado ou estados de degradação socioeconômica.

O conceito de precariedade ajuda a entender ainda os modos de produção e de reprodução da desigualdade, pois, ainda que compartilhem essa condição, sua distribuição é tanto desigual como politicamente induzida pelo Estado – já que tem suas políticas delineadas e pensadas segundo suas elites, sejam econômicas, política e/ou intelectual (BUTLER, 2015). Desse modo, certas populações são negligenciadas e sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficientes ou inexistentes, ficando em situação de exposição e vulnerabilidade diferenciada às violações, à violência, ao adoecimento e à morte sem amparo. Para Souza (2017, p. 54), ao tratar do caso brasileiro:

“É a sociedade que deve se responsabilizar pelas classes que foram esquecidas e abandonadas. Foi isso que fizeram, sem exceção, todas as sociedades que lograram desenvolver sociedades minimamente igualitárias. No nosso caso, as classes populares não foram abandonadas simplesmente. Elas foram humilhadas, enganadas, tiveram sua formação familiar conscientemente prejudicada e foram vítimas de todo tipo de preconceito, seja na escravidão, seja hoje em dia”.

As políticas atuam também de maneira diferencial na formação do sujeito nos mapas de poder contemporâneos. Pode ser uma condição politicamente induzida pelo Estado, seja por políticas que podem carregar implícita ou explicitamente um caráter de valorização e fortalecimento dos tradicionais papéis de gênero ou, ainda, quando não possuem esse viés ou até mesmo atuem no sentido oposto – de concepção emancipadora - podem mesmo assim vir a sofrer consequências de gênero em sua implementação ou ainda carregar uma ambivalência desses aspectos (BUTLER, 2015; MISRA; KING, 2005).

Vejamos o exemplo do Programa Bolsa Família que a despeito de dotar a mulher de titularidade com intenções emancipadoras no sentido da dependência econômica, atua *pari passu* no fortalecimento do ideário da cuidadora principal, com reflexos con-

troladores por parte dos agentes de execução dessas políticas, como aponta o estudo realizado por Nascimento e Lima (2018). Muitas dessas mulheres não têm outra opção a não ser recorrer a esse recurso, estando assim invariavelmente expostas às violências simbólicas ou explícitas de agentes do Estado que operam essas políticas em nível local.

Se mesmo quando as políticas públicas não carregam iniquidades de gênero em seu propósito, ainda podem acarretar consequências de gênero em sua implementação por se encontrar com uma estrutura social de desigualdade de gênero, quando o quadro se verte para uma conjuntura de desmonte e destruição de políticas sociais mínimas, o quadro tende a se agravar. No mundo inteiro, políticas neoliberais tendem a gerar desemprego e pobreza como consequência, sendo assim a feminização da pobreza uma forte tendência há muito tempo reconhecida em estudos (MISRA; KING, 2005). É o que estamos assistindo no Brasil pós-golpe, que vem penalizando toda a população brasileira, mas sobretudo os mais pobres.

Usando exemplos de três arenas políticas - emprego, assistência social e população - Misra e King (2005) apontam como as políticas de estado podem reforçar e/ou reformular papéis de gênero. Assim como os homens se beneficiam estruturalmente do tempo despendido pelas mulheres nos cuidados com pessoas dependentes, os Estados que adotam políticas neoliberais operando cortes nas redes de apoio aos cuidados remetem todo o peso da ausência dessas políticas sobre as mulheres, que acabam sendo ainda mais sobrecarregadas, culpabilizadas e cobradas perante as demandas que se apresentam em decorrência do esvaziamento do suporte oferecido por políticas sociais. Essa sobrecarga dos cuidados em decorrência da ausência de políticas de suporte, associados com condições degradadas de subsistência, vem exacerbar ainda mais a ambivalência do ato de cuidar, que pode mostrar seu lado sombrio mais facilmente. Como afirma Benito (2004), cuidado e maus tratos caminham lado a lado na distribuição perversa e desigual dessa enorme responsabilidade.

Em situações de escassez de recursos, não são incomuns na história práticas coercitivas de esterilização feminina, tendo esse tipo de abuso ocorrido em muitas partes do mundo como parte de processos de controle populacional, ainda operante em alguns países (MISRA; KING, 2005).

Ainda, os estudos apontam que as políticas de controle populacional, a partir da fertilidade feminina tendem a ignorar as desigualdades de gênero e as estruturas de

poder existentes, ou em alguns casos, até mesmo procuraram controlar o crescimento da população apenas entre os pobres ou determinadas minorias. Esses estudos, apontam ainda uma ligação entre as desigualdades de gênero e o controle da fertilidade, argumentando que as políticas de planejamento familiar poderiam alcançar melhor sua meta de diminuir a fertilidade se as estruturas de poder existentes mudassem. Tendo em vista a carência de oportunidades educacionais e relacionadas ao emprego para as mulheres, a fertilidade pode permanecer alta mesmo quando existe amplo acesso a meios contraceptivos (MISRA; KING, 2005).

Para Butler (2015), nos contextos de colapso dos Estados de bem-estar social e onde as redes sociais de seguridade não tiveram a plena oportunidade de se estabelecer e desenvolver, é urgente e necessário que haja compromissos de oferecer suportes básicos para que vidas sejam possíveis de serem visíveis e não apenas objetos de intervenção. Os direitos de cidadania, particularmente os direitos sociais, devem ser fortalecidos como obrigações sociais positivas para minimizar a precariedade e as iniquidades em sua distribuição.

#### **4 - Considerações finais: Violência contra mulher em contextos de crise**

Ainda que o caso em tela não seja reflexo de uma política pública específica que explicitamente permita esse tipo de violação, como ainda ocorre em muitos países, esse ato não pode ser considerado apenas como uma excepcionalidade, tendo em vista a enxurrada de abusos de poder e violações que estamos assistindo nos últimos tempos. É essencial, pois, que se dê atenção para esses sinais, uma vez que a emergência desses atos abusivos é reflexo de uma conjuntura de crise que tem colocado em suspensão muitas garantias constitucionais mínimas, até mesmo de figuras públicas notórias, o que torna populações desfavorecidas no balanço social do poder e da precariedade ainda mais expostas a ações dessa natureza.

A violência contra a mulher, em suas mais diversas nuances, tende a se agravar nesses períodos históricos, assim como o descaso perante aqueles que demandam mais atenção e cuidados. Quem cuida dessa mulher, que se negou a ser uma cuidadora? Condenada por um sistema judiciário patriarcal pela sua negligência materna e por ser um sujeito que fere os enquadramentos de normatividade, não lhe foi deferida nenhuma consideração e seu corpo pôde ser violado sem grandes constrangimentos por vários

atores que agiram mais ou menos em consonância para que esse caso tivesse tal desfecho.

Estaríamos diante de uma arena cruel, de desigualdades extremas de poder que nas categorias de Jessé Souza (2017) estão representadas, de um lado por um juiz – figura típica da elite brasileira do atraso - e de outro uma mulher, que representa parte do contingente populacional de escravos de todas as cores, a ralé estrutural, que não se presta – por incapacidade geradas estruturalmente- aos interesses de servir a essas elites a partir do trabalho produtivo e útil. Essa hierarquização social – fruto de uma lógica de mundo constituída a partir da escravidão de antes e contemporânea- que coloca em oposição sujeitos de maior e menor valor, é imputada em nós de maneira tão profunda que tomam forma de natureza, de força invisível e por isso potencialmente perversa e pré-reflexiva em nossos julgamentos (SOUZA, 2017).

Se essa hierarquia moral é invisível para nós, seus efeitos e desdobramentos, em oposição, são evidentes e têm potencial de colonizar a mente e o coração também de quem é inferiorizado e oprimido (SOUZA, 2017). Nas discussões sobre esse caso, que se espalharam nos fóruns virtuais, chamou atenção dentre os defensores do ato jurídico de esterilização compulsória dois fatos: o primeiro deles é que quando confrontados em seus argumentos, muitos que concordaram com a ação judicial se mostravam contrários ao poder decisório da mulher quanto a um possível abortamento, entretanto defendiam a esterilização por um argumento que perpassa pela preservação do sofrimento de futuros filhos daquela mulher. Por fim, muitos evocam uma espécie de moralidade do “algo deveria ser feito”, o que, numa vertente oposta, o argumento construído nesse texto tende a concordar: algo realmente precisaria ter sido feito.

Em que pese a situação de exposição que sofriam os filhos das muitas “Janaínas”, antes de considerar a culpa exclusiva do sujeito mulher, a situação sub-humana em que se encontrava esse agrupamento familiar é decorrente de variadas formas de violência estruturadas no Estado, que nega suporte com políticas sociais potentes e encoraja atos monocráticos de figuras de seus quadros - as elites de poder e atraso-, e, sobretudo, também partilhado por significativa parcela do conjunto da sociedade – particularmente na classe média crescentemente fascista - que vê frequentemente determinadas pessoas como descartáveis, até mesmo desejando implícita ou explicitamente sua eliminação, não importando os meios (SOUZA, 2017).

É precisamente num universo de ascensão de pensamentos e de grupos mais ou menos organizados de cunho fascista, que agentes dotados de poder, sejam ou não vinculados do Estado, sentem-se em terreno seguro e fértil para agir dessa forma, reproduzir essa ideia e encontrar apoios mesmo em setores da sociedade tão oprimidos quanto as tantas janaínas que tendem a ser multiplicadas no Brasil pós-golpe.

O contexto em que “Janaína”, seus filhos e o entorno social estavam imersos inspirava e urgia, de fato, que algo fosse feito. Ao invés de soluções simplistas e de caráter higienista, o Estado por meio de suas instituições e agentes, deveria ter considerado promover redes de suporte e perspectivas de oportunidades que oferecesse uma via de escape, não apenas as crianças, mas também para “Janaína” - e seu corpo desafiador da normatividade – poder experimentar uma vida vivível. E quem sabe, em um futuro saudoso, sua perda ou a violação dos seus direitos e do seu corpo pudesse ser passível de comoção e enlutamento.



## Referências

BENITO, M. J. I. **Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado**". Anais.. Congreso Internacional Sare 2003: "Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado". Emakunde/ Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea Fondo Social Europeo; Vitoria-Gasteiz, 2004.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?**. 2015.

MISRA, Joya; KING, Leslie. Women, Gender, and State Policies. In: JANOSKI, Thomas *et al.* (Porg.). **The handbook of political sociology: states, civil societies, and globalization**. 1. ed. São Paulo: Cambridge University Press, 2005. p. 526-545.

NASCIMENTO, Pedro.; LIMA, Márcia Alexandrino. O Bolsa Família tem ajudado muito a gente: usos das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família. In: NEVES, Ednalva

M.; FRANCH, Mónica; LONGHI, Márcia R. (org.). **Antropologia e saúde: ensaios em políticas da vida e cidadania**. João Pessoa: ABA, 2018. p. 117-151.

POMPEU, Ana. Juiz afirma que determinou laqueadura com consentimento de usuária de drogas. **Consultor Jurídico**, 11 jun. 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-jun-11/juiz-afirma-determinou-laqueadura-consentimento-mulher>

SOUZA, Jessé. A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato. Rio de Janeiro: LeYa, 2017. **A radiografia do golpe. Rio de Janeiro: LeYa**, 2016.

VIEIRA, Oscar Vilhena. Justiça ainda que tardia. **Folha de São Paulo**. São Paulo, jun. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/oscarvilhenavieira/2018/06/justica-ainda-que-tardia.shtml>

# CAPÍTULO 10



## ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA JUNTO A MULHER TRANS: UMA ABORDAGEM BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

Mateus Dantas de Azevêdo Lima  
Polianne Angella Oliveira Figueiredo  
Vanessa Patrícia Soares de Sousa

### 1 - Apresentação

A Organização Mundial de Saúde (*OMS*) estabelece que a sexualidade é um componente importante na saúde humana, envolvendo papéis de gênero e sendo caracterizada pela interação de fatores biopsicossociais (*OMS*, 2015). A identidade de gênero, é caracterizada pela confiança do indivíduo em se reconhecer a partir das definições sociais de gênero, independente do sexo biológico e expressão de gênero (*FAUSTO-STERLING*, 2019). Dessa forma, entende-se que a identidade de gênero sempre será auto-referida, onde cada indivíduo está apto a exteriorizar ou não a sua identidade (*ALTINAY; ANAND*, 2020).

A patologização da transsexualidade pela medicina está comumente associada à discriminação e deslegitimação de corpos transsexuais (*KRONK; DEXHEIMER*, 2021). Essa relação é ainda mais forte quando se trata de mulheres transsexuais e travestis, já que essa violência sofrida é pautada a partir do machismo, patriarcado e capitalismo (*MENEGHEL; MARGARITES*, 2017). Segundo o dossiê de mortes e violências cometidas contra a população *LGBTQIAP+* no Brasil em 2021, houve um total de 316 mortes violentas durante o ano. Destas, 141 (44,62%) eram mulheres trans e/ou travestis. Quando analisadas as tipificações de mortes, observou-se que 128 (90,78%) foram por meio de homicídio (*ACONTECE; ANTRA; ABGLT*, 2022).

Esses dados endossam a necessidade de pesquisa científica voltada a essa população, em virtude das demandas específicas do público e da escassez de estudos. Isso pode ser explicado devido à falta de interesse e conhecimento profissional, atrelado a transfobia institucional e a necessidade de políticas públicas mais consistentes, que tornem o acesso à saúde, desta população, integral, equitativo e respeitoso. Em uma

revisão integrativa da literatura, buscou-se identificar barreiras ao acesso à saúde por pessoas trans. A partir dos resultados, foram encontradas 13 categorias que variaram desde a discriminação nos serviços em saúde, patologização da transsexualidade, falta de conhecimento profissional a acolhimento inadequado, dentre outros. (ROCON *et al.*, 2020)

Vários documentos nacionais e internacionais declaram que a saúde é um direito de todos e dever do estado (DALLARI, 1988; BACKMAN *et al.*, 2008; THE LANCET, 2008). Apesar disso, existem barreiras para que uma parcela da população não receba a devida assistência. Nessa perspectiva, a fisioterapia vem crescendo e ganhando espaço frente ao atendimento individual e coletivo à população *LGBTQIAP+*, sobretudo a de mulheres transsexuais, tendo em vista que é a camada mais vulnerável (LIMA; SOEIRO; LIRA, 2021).

O paradigma biopsicossocial reconhece que dificuldades na área sexual tem etiologia multifatorial relacionada a questões físicas, psicológicas e sociais. Globalmente, as pessoas *LGBTQIAP+* podem experimentar uma saúde significativamente pior e maiores barreiras aos cuidados de saúde. Entretanto, os fatores relacionados a características sociais e culturais, como contribuintes para as dificuldades sexuais, não recebem a devida atenção por parte dos profissionais que assistem às mulheres transsexuais (ROSS; SETCHELL 2019). São escassos os estudos que descrevem a influência dos fatores socioculturais sobre a função sexual de mulheres trans brasileiras, assim como a existência ou não destas dificuldades e se elas se relacionam com a funcionalidade destas mulheres.

Fatores relacionados à sexualidade podem impactar a funcionalidade destas mulheres (DANTAS *et al.*, 2020b; ROSS; SETCHELL, 2019). Para a Organização Mundial da Saúde, a funcionalidade é conceituada como o resultado positivo da interação dinâmica entre a condição de saúde e os fatores contextuais do indivíduo (SAÚDE, 2001). Tal conceito é operacionalizado pela Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (*CIF*) e baseia-se no modelo biopsicossocial (DANTAS *et al.*, 2020a). Dessa forma, a funcionalidade é um desfecho importante a ser analisado na atenção à saúde da mulher transsexual, tendo em vista que é considerada como o terceiro indicador das condições de saúde, juntamente com a morbidade e a mortalidade (STUCKI; BICKENBACH, 2017).

A Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (*CIF*) pertence à “família” das classificações desenvolvidas pela *OMS* objetivando permitir a padronização e unificação da linguagem para a descrição da saúde ou de estados relacionados à Saúde (SAÚDE, 2001). Classificada em duas partes: Parte 1 - Funcionalidade e Incapacidade (que engloba as funções e estruturas do corpo, atividade e participação) e Parte 2 - Fatores Contextuais (ambientais e pessoais). É possível classificar tanto os aspectos positivos de cada um dos componentes (funcionalidade), quanto os negativos (deficiência de função e/ou estrutura corporal, limitação de atividade e restrição de participação). Pode-se analisar ainda, se os fatores ambientais funcionam como facilitadores ou barreiras na interação entre a condição de saúde do indivíduo e o contexto no qual está inserido (SAÚDE, 2001).

Conhecida mundialmente, a *CIF* vem sendo utilizada para classificar a funcionalidade dos indivíduos (SAÚDE, 2001). No Brasil, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional através da resolução n.370/2009, estabeleceu que o profissional fisioterapeuta deve utilizar a *CIF*, no âmbito da prática profissional, como uma ferramenta clínica, estatística, de pesquisa, de política social e pedagógica (COFFITO, 2009). Porém, um dos obstáculos para a utilização da *CIF* na prática clínica e na pesquisa é a quantidade de códigos que podem ser destinados à classificação de um indivíduo (CASTRO *et al*, 2016) assim como, a dificuldade de encontrar estudos que também discorram sobre a atuação fisioterapêutica na população *LGBTQIAP+*.

A atuação e o papel da fisioterapia, junto a esta população, ainda são incipientes, seja por desconhecimento do profissional sobre sua atuação nesta área ou por limitação de estudos publicados. Em 2019, Jiang *et al.* (2019) abordam uma temática que incentiva a relação de pesquisas futuras sobre a eficácia e efetividade de fornecer fisioterapia do assoalho pélvico antes e após cirurgias de afirmação de gênero. Eles afirmam ainda que a fisioterapia de assoalho pélvico pode fornecer um meio de melhorar os resultados do paciente com pouco custo adicional.

A consulta pré-operatória do programa de fisioterapia do assoalho pélvico objetiva identificar qualquer limitação ou incapacidade funcional. Os fisioterapeutas explicam e esclarecem a paciente em que consiste o tratamento, sua finalidade e importância. Em seguida, são realizadas perguntas para determinar os padrões basais de micção e defecação. Por fim, procede-se com o exame físico dos músculos do assoalho pélvico com foco específico no tônus muscular e na contração e relaxamento muscular coorde-

nado, sempre conscientizando o paciente para que ele, também, seja capaz de realizar uma autoavaliação de seu assoalho pélvico (TSAI; LIU, 2009; JIANG *et al*, 2019).

No pós-operatório, o fisioterapeuta orienta e apoia as pacientes, enquanto realizam a dilatação da neovagina para evitar a estenose do canal neovaginal pelo processo de contratura cicatricial após a cirurgia através do uso dilatadores específicos que vão aumentando diâmetro de acordo com evolução do quadro do paciente levando em consideração a presença ou não desconforto e algias, além de examinar e reduzir possíveis hipertonias ou hiperatividades dos músculos do assoalho pélvico. Supõe-se que a atuação fisioterapêutica auxilie na diminuição da dificuldade com a dilatação neovaginal, na debelação da dor, na adesão ao tratamento e na redução das taxas de estenose vaginal ou introital (JIANG *et al*, 2019). Entretanto, são necessários estudos que comprovem ou não os benefícios da Fisioterapia junto a essas pacientes.

Com relação aos fatores psicológicos e sociais, um estudo atual mostrou que existem experiências psicossociais negativas quando pessoas transsexuais são comparadas com uma amostra similar, cisgênero. Essas experiências negativas incluem baixo suporte social, principalmente, quando este suporte esteve relacionado a família e amigos (NEW-COMB *et al.*, 2020). Estudos prévios relatam que apresentar baixo suporte social pode estar relacionado a transtornos mentais como ansiedade e depressão (SHAO *et al.*, 2020).

Observa-se que esta população enfrenta ainda a existência de barreiras significativas para uma boa assistência/atendimento, incluindo falta de competência cultural específica e segura do profissional de saúde (DOWNING, 2019).

Diante disto, objetivou-se expor neste capítulo, um levantamento bibliográfico acerca da atuação do fisioterapeuta junto à mulher transsexual, tomando uma abordagem baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

## **2 -Caminhos Metodológicos**

Foi realizada uma revisão de literatura integrativa a respeito da atuação da fisioterapia voltada a mulher transsexual. O levantamento de todo o estudo foi realizado através das bases de dados eletrônicas *PubMed*, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), e *PeDro (Physiotherapy Evidence Database)*, sem restrição de data e idioma, utilizando os descritores encontrados no *DECS (Descritores em ciências da saúde)* e *MESH (Medical Subject Headings)*. Utilizamos combinações dos termos através do operador booleano “AND”. A descrição dos termos utilizados está na Tabela 1.

## Quadro 1 - Descrição dos termos utilizados

DECS/MESH	
Português	Inglês
Procedimentos de Readequação Sexual	Sex Reassignment Procedures
Cirurgia de Readequação Sexual	Sex Reassignment Surgery
Fisioterapia	Physiotherapy

**Fonte:** Autoria Própria

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra; em qualquer idioma, e que envolvessem fisioterapia e mulheres trans. Os critérios de exclusão foram: revisões de literatura, revisões sistemáticas e meta - análises. A distribuição dos artigos por base de dados foi descrita na tabela 2. Além disso, foram buscados artigos na literatura cinzenta sobre a temática.

**Tabela 1** - Distribuição dos artigos por bases de dados

Base de dados	Número de artigos
Pubmed	6
PeDro	0
Scielo	0

**Fonte:** Autoria Própria

## 3- Resultados e Discussão

O objetivo do presente trabalho foi identificar como se dá a atuação do fisioterapeuta às mulheres transsexuais. Após a busca e leitura, foram incluídos 6 artigos, sendo 1 destes encontrados na literatura cinzenta. Um artigo foi excluído por não atender aos critérios de inclusão. Dessa forma, os artigos encontrados foram divididos em 4 categorias: Avaliação, qualidade de vida, função sexual e urinária, treinamento muscular do assoalho pélvico (*TMAP*) e humanização. O Quadro 1, representa a explicação de alguns termos citados ao longo deste capítulo e encontrados na literatura.

## Quadro 2 - Termos utilizados comumente para a discussão de assuntos relacionados à sexualidade e gênero.

TERMO	CONCEITO
Cisgênero	Pessoa que se identifica com o gênero atribuído ao nascimento.
Transgênero	Pessoa que não se identifica com o gênero atribuído ao nascimento.
Orientação afetivo - sexual	Atração afetiva e/ou sexual por outras pessoas.
Gênero designado ao nascimento	Gênero concedido aos indivíduos a partir dos caracteres sexuais (genitália) ou cromossomos.
Mulher transsexual	Mulher que foi atribuída ao gênero masculino ao nascer.
Travesti	Considerada uma identidade de gênero, feminina ou não binária, que geralmente está frente a luta pelas causas LGBTQIAP+.
Redesignação sexual	Procedimento cirúrgico que visa modificar as características sexuais do nascimento dos indivíduos. É o termo mais adequado. Porém, na literatura científica, utiliza-se o termo de cirurgia de afirmação de gênero.
Vaginoplastia	Procedimento cirúrgico que visa reparar ou construir uma vagina.

Fonte: Autoria própria

## Avaliação Fisioterapêutica

Dos estudos encontrados, dois deles estão relacionados especificamente à avaliação fisioterapêutica de mulheres transsexuais após vaginoplastia. No estudo de Manrique *et al.* (2019), as pacientes foram avaliadas anteriormente à cirurgia de redesignação sexual e após o procedimento cirúrgico, 40 pacientes foram acompanhadas pelo período de 1 ano, que contemplou o pré e pós-operatório. Diferentes sintomas foram apresentados pelas participantes da pesquisa, sendo estes: intestinais (50%), urinário (40%) e sexual (32,5%), previamente à cirurgia. Os instrumentos utilizados para avaliação dos sintomas relativos ao assoalho pélvico foram o *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI - 20)*, e o *Pelvic Floor Dysfunction Index (PFIQ - 7)* para avaliar o impacto das disfunções do assoalho pélvico na qualidade de vida das mulheres após a cirurgia. O *PFDI - 20* é um instrumento traduzido e validado para o português, apresenta 20 questões e contém 3 subescalas que avaliam sintomas urinários, colorretais e

relacionados a presença de prolapso de órgãos pélvicos (*Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory (POPDI-6)*, *Colorectal-Anal Distress Inventory (CRADI-8)* e *Urinary Distress Inventory (UDI6)*). A pontuação de cada subescala pode variar de 0 - 100, logo a pontuação total vai de 0 - 300 e quanto maior a pontuação, piores são os sintomas. Já o *PFIQ - 7* apresenta 7 perguntas, com 3 subescalas relacionadas ao impacto das disfunções urinárias, intestinais e pélvicas (*Urinary Impact Questionnaire (UIQ-7)*, *Colorectal-Anal Impact Questionnaire (CRAIQ-7)* e *Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire (POPIQ-7)*). Sua pontuação também varia de 0 - 300, e quanto maior a pontuação, pior o impacto.

No segundo estudo encontrado, realizado por Hazin *et al.* (2021), o objetivo foi avaliar a força e atividade elétrica dos músculos do assoalho pélvico (*MAP*) de mulheres transsexuais que passaram por cirurgia de redesignação sexual. Participaram do estudo 14 mulheres que foram avaliadas no pré e pós-operatório. A descrição dos métodos de avaliação e períodos empregados no pré-operatório e pós-operatório estão apresentadas na Tabela 3.

**Tabela 2** - Métodos de avaliação pré e pós-operatórios

PRÉ-OPERATÓRIO (7 dias antes da cirurgia)	PÓS-OPERATÓRIO
Dados sociodemográficos, clínicos e psicossociais	Avaliação funcional do assoalho pélvico (15 e 30 dias após a cirurgia)
Avaliação funcional do assoalho pélvico	Nível de dor perineal (30 dias após a cirurgia)
Nível de dor perineal	Satisfação sexual (30 dias após a cirurgia)
Satisfação sexual	Presença e impacto da IU na QV (30 dias após a cirurgia)
Presença e impacto da IU na QV	Presença de sintomas urinários e anais (30 dias após a cirurgia)
Presença de sintomas urinários e anais	Comprimento vaginal (30 dias após a cirurgia)

**Nota:** IU (incontinência urinária); QV (qualidade de vida). **Fonte:** Autoria própria.

A avaliação funcional dos músculos do assoalho pélvico foi realizada por meio de palpação digital e eletromiografia. Para a palpação muscular, as pacientes foram orientadas a permanecerem na posição de supino, com os joelhos e quadris flexionados. A função dos MAP foi avaliada por meio do esquema *PERFECT*, onde o fisioterapeuta realizou a palpação retal e solicitou a contração voluntária máxima, graduada pela escala de *OXFORD*. Já a eletromiografia foi realizada a partir da colocação de



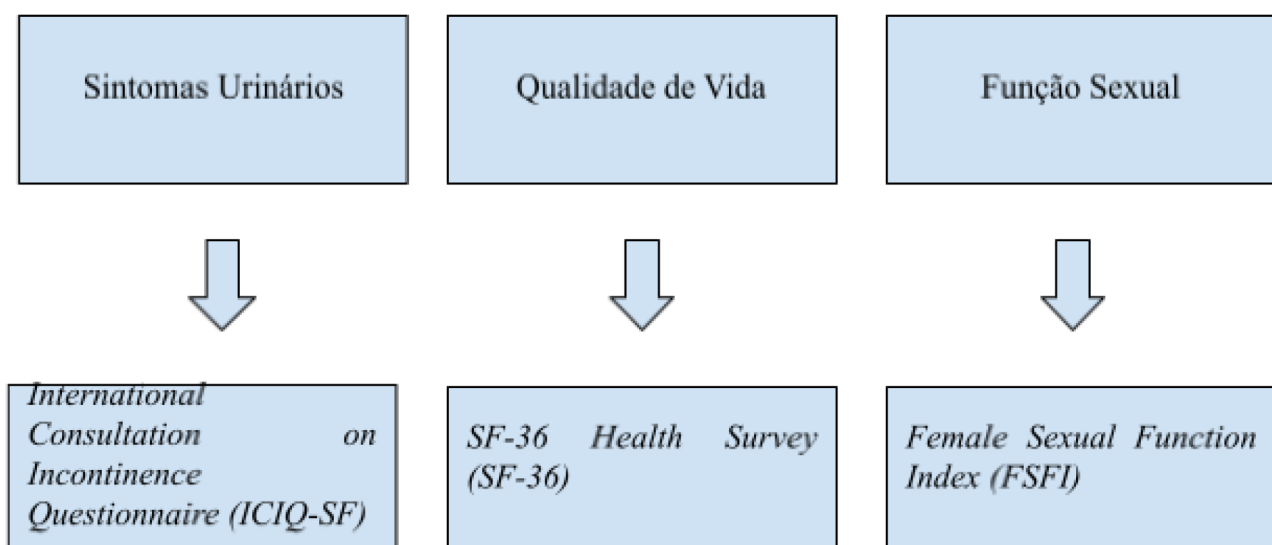
dois eletrodos de superfície na região perianal (posição: 3 e 9 horas). Além disso, outro eletrodo foi colocado na espinha ilíaca ântero - superior direita, como referência. Posteriormente, as pacientes foram orientadas a ficarem em decúbito dorsal, com quadris fletidos e abduzidos e joelhos fletidos e relaxados sobre uma almofada, onde a atividade elétrica foi captada em repouso e após 2 minutos. Então, as pacientes foram orientadas a realizarem 3 contrações voluntárias máximas do MAP, com 3 segundos de sustentação e 30 segundos de descanso entre as contrações. O comando verbal utilizado foi de realizar contrações para inibir a perda de urina ou flatos.

Dito isso, os dados aqui apresentados mostram algumas possibilidades de avaliação fisioterapêutica aplicada a mulher transsexual. Os questionários *PFDI - 20* e *PFIQ - 7* se revelaram adequados para avaliar a presença e impacto nos sintomas dos MAP dessa população. Além disso, parece apropriado avaliar os músculos do assoalho pélvico por meio da palpação anal, quando essa avaliação for realizada no pós-operatório recente, podendo ou não ser utilizada a eletromiografia associada.

## Qualidade de vida, função sexual e sintomas urinários

Um estudo, realizado no Brasil, objetivou avaliar o impacto da cirurgia de redesignação sexual nos sintomas urinários, sexuais e qualidade de vida de 26 mulheres transsexuais. Os métodos de avaliação para cada sintomatologia estão apresentados no Fluxograma 1.

**Fluxograma 1 - Métodos de Avaliação**



Fonte: Autoria própria

O *ICIQ - SF* é um questionário que visa avaliar o impacto da incontinência urinária (*IU*) na qualidade de vida dos indivíduos. Possui 4 questões e o resultado das 3 primeiras questões pode variar de 0 - 21. Já a última questão é específica sobre o impacto da *IU* onde 0 (sem impacto), 1 -3 (impacto leve), 4 -6 (impacto moderado), 7-9 (impacto severo) e 10 (impacto muito severo). Esse instrumento foi utilizado previamente à cirurgia.

Já o *SF - 36* é um instrumento com 36 questões e 8 domínios que avaliam a qualidade de vida. Seu escore varia de 0 a 100, onde ter uma pontuação 0 implica em dizer pior estado geral em saúde, enquanto 100 significa melhor estado geral em saúde. Por fim, o *FSFI* é o instrumento para avaliação da função sexual feminina mais utilizado em todo o mundo. Compreende 19 itens divididos em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, dor e satisfação. O resultado pode variar de 2 a 36, onde maiores pontuações indicam melhor função sexual. O ponto de corte comumente utilizado para esse instrumento é 26,55, sendo assim, escores acima desse valor teriam boa função sexual e escores abaixo teriam baixa função sexual.

Com relação aos desfechos avaliados, as mulheres sexualmente ativas apresentaram escores satisfatórios no *FSFI*, indicando boa função sexual. Em contrapartida, aquelas que não eram sexualmente ativas nas últimas 4 semanas apresentaram escores muito baixos, principalmente, nos domínios de desejo e satisfação. Já a *IU* foi relatada por 15.4% da amostra, destas, 3.8% eram severas, 7.7% moderada e 3.8% fraca. A única variável que apresentou associação com a perda urinária foi o tabagismo. De modo geral, as participantes apresentaram altos escores no *SF - 36*, indicando boa qualidade de vida. Estratificando por domínio, os piores escores foram encontrados nos de dor física e vitalidade, enquanto os melhores escores foram nos domínios de função física e papel emocional.

Com isso, o estudo mostrou que as mulheres transsexuais relatam boa função sexual e qualidade de vida após cirurgia de redesignação sexual. No entanto, vale salientar que a amostra foi pequena ( $n = 26$ ), o que pode influenciar nos resultados. Outro fator a ser discutido, é a utilização do *FSFI* como instrumento de avaliação da função sexual de mulheres transsexuais. Analisando previamente questão por questão, existe, nesse instrumento, a possibilidade de gerar desconforto, insatisfação e angústia ao se fazer algumas perguntas, já que a concepção do questionário foi idealizada para mulheres cisgênero e heterossexuais. Apesar disso, fica nítida a importância de se avaliar aspectos relativos à sexualidade, queixas urinárias e qualidade de vida tanto antes, quanto após o procedimento cirúrgico.

## Humanização e Acolhimento

Apenas um estudo esteve destinado especificamente a falar sobre fatores contextuais, relacionados à atuação do fisioterapeuta frente a população *LGBTQA+*, incluindo pessoas trans. Esse mesmo estudo objetivou, então, analisar como pessoas que se identificam como *LGBTQIA+* se sentem ao serem atendidas por um fisioterapeuta. Participaram do estudo 108 pessoas, que foram entrevistadas com algumas perguntas relacionadas a experiência vivida no atendimento fisioterapêutico. Como resultado principal, o estudo mostrou que os fisioterapeutas apresentam alto teor discriminatório nas consultas, pois acabam supondo a sexualidade e identidade de gênero de seus pacientes, apresentam baixo conhecimento sobre a temática, além de ter condutas e olhares preconceituosos (ROSS; SETCHELL, 2019).

Pelo que se sabe, esse foi o único estudo que analisou qualitativamente a experiência de pessoas *LGBTQIA+* ao serem atendidas por fisioterapeutas. Esse resultado abre margem para que nós, profissionais especializados em fisioterapia uroginecológica, sejamos encorajados a mudar essa perspectiva, com o objetivo de humanizar o atendimento e acolher a todos os pacientes. Apesar de haver estudos com mais de dez anos, exemplificando como utilizar a *CIF* a partir do modelo biopsicossocial frente a diversas populações, ainda existem barreiras que distanciam tanto o pesquisador quanto o clínico da incorporação desse sistema na saúde do indivíduo (RAUCH; CIEZA; STUCKI, 2008; ÜSTÜN *et al.*, 2003). Essa reflexão pode ser realizada a partir do resultado da revisão exposta neste capítulo, que confirma a existência de poucos estudos em que o foco não seja na reabilitação de estruturas e funções do corpo, excluindo os fatores contextuais, atividade e participação inerentes aos sujeitos.

## Considerações Finais

Neste capítulo, objetivamos apresentar resultados da literatura acerca da atuação do fisioterapeuta a mulher trans. De acordo com a busca, foram encontrados alguns artigos que mostraram e endossaram a necessidade de atuação do profissional fisioterapeuta no pré e pós-operatório de cirurgias de redesignação sexual. Entretanto, ainda existe atendimento limitado por grande parte dos profissionais, que agem com falta de ética e baixo conhecimento frente a essa população. A partir disso, incluímos o Quadro 3 como forma de ajudar profissionais fisioterapeutas a melhorarem o seu acolhimento frente a mulheres transexuais, oferecendo-lhes uma assistência em saúde humanizada que considera os aspectos biopsicossociais dessa população.

### Quadro 3 - Alternativas para melhorar assistência

TROQUE ISSO	POR ISSO
Mulher biológica	Mulher cisgênero
Mulher em corpo de homem	Mulher trans/Travesti/Pessoa transfeminina/Mulher transsexual
O travesti	A travesti
Parceiro/Parceira	Parceria
Supor orientação sexual e identidade de gênero	Questionar a orientação sexual e identidade de gênero, acrescentando na ficha de avaliação
Utilizar os mesmos métodos de avaliação e tratamento de mulheres cisgênero	Estudar e compreender a necessidade de adaptar instrumentos e protocolos fisioterapêuticos

**Fonte:** Autoria própria

## Referências

ACONTECE, Arte E. Política LGBTI; ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais); ABGLT (Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos). Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2021. **Florianópolis, SC: Acontece, ANTRA, ABGLT, 2022.**

ALTINAY, Murat; ANAND, Amit. Neuroimaging gender dysphoria: a novel psychological model. **Brain imaging and behavior**, v. 14, n. 4, p. 1281-1297, 2020.

BACKMAN, Gunilla *et al.* Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. **The lancet**, v. 372, n. 9655, p. 2047-2085, 2008.

CASTRO, Shamyry Sulyvan de *et al.* Aferição de funcionalidade em inquiridos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 679-687, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL COFFITO. **Resolução Nº. 370\_2009, de 06 novembro de 2009.** Dispõe sobre a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde por Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. COFFITO, 2007. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3133>.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de saúde pública**, v. 22, p. 57-63, 1988.

DANTAS, Diego de Sousa *et al.* Biopsychosocial model in health care: reflections in the production of functioning and disability data. **Fisioterapia em Movimento**, v. 33, 2020a.

DANTAS, Jardelina Hermecina *et al.* Sexual function and functioning of women in reproductive age. **Fisioterapia em Movimento**, v. 33, 2020b.

DOWNING, Janelle. Implementation of a Pelvic Floor Physical Therapy Program for Transgender Women Undergoing Gender-Affirming Vaginoplasty. **Obstetrics & Gynecology**, v. 134, n. 5, p. 1114, 2019.

FAUSTO-STERLING, Anne. Gender/sex, sexual orientation, and identity are in the body: How did they get there?. **The Journal of Sex Research**, v. 56, n. 4-5, p. 529-555, 2019.

HAZIN, Marina *et al.* Assessment of the strength and electrical activity of the pelvic floor muscles of male-to-female transgender patients submitted to gender-affirming surgery: A case series. **Neurourology and Urodynamics**, v. 40, n. 6, p. 1625-1633, 2021.

JIANG, Da David *et al.* Implementation of a pelvic floor physical therapy program for transgender women undergoing gender-affirming vaginoplasty. **Obstetrics & Gynecology**, v. 133, n. 5, p. 1003-1011, 2019.

KRONK, Clair A.; DEXHEIMER, Judith W. An ontology-based review of transgender literature: Revealing a history of medicalization and pathologization. **International Journal of Medical Informatics**, v. 156, p. 104601, 2021.

LIMA, Gabriel Paz; SOEIRO, Ana Cristina Vidigal; LIRA, Soanne Chyara Soares. Saúde da população LGBTQ+: a formação em fisioterapia no cenário dos direitos humanos. **Fisioterapia Brasil**, v. 22, n. 3, p. 346-364, 2021.

MANRIQUE, Oscar J. *et al.* Assessment of pelvic floor anatomy for male-to-female vaginoplasty and the role of physical therapy on functional and patient-reported outcomes. **Annals of Plastic Surgery**, v. 82, n. 6, p. 661-666, 2019.

MENEGHEL, Stela Nazareth; MARGARITES, Ane Freitas. Femicídios em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: iniquidades de gênero ao morrer. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00168516, 2017.

NEWCOMB, Michael E. *et al.* High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. **Archives of sexual behavior**, v. 49, p. 645-659, 2020.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Sexual and Reproductive Health** . 2015 . Available at: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

RAUCH, Alexandra; CIEZA, Alarcos; STUCKI, Gerold. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. **European journal of physical and rehabilitation medicine**, v. 44, n. 3, p. 329-342, 2008.

ROCON, Pablo Cardozo *et al.* Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, 2019.

ROSS, Megan H.; SETCHELL, Jenny. People who identify as LGBTIQ+ can experience assumptions, discomfort, some discrimination, and a lack of knowledge while attending physiotherapy: a survey. **Journal of Physiotherapy**, v. 65, n. 2, p. 99-105, 2019.

SAÚDE, Organização Mundial da. **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**. 2001. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SHAO, Ruyue et al. Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. **BMC psychology**, v. 8, n. 1, p. 1-19, 2020.

STUCKI, Gerold; BICKENBACH, Jerome. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. **European journal of physical and rehabilitation medicine**, v. 53, n. 1, p. 134-138, 2017.

THE LANCET. The right to health: from rhetoric to reality. **The Lancet**, v. 372, n. 9655, p. 2001, dez. 2008.

TSAI, Yueh-Chi; LIU, Chieh-Hsing. The effectiveness of pelvic floor exercises, digital vaginal palpation and interpersonal support on stress urinary incontinence: an experimental study. **International journal of nursing studies**, v. 46, n. 9, p. 1181-1186, 2009.

ÜSTÜN, T. Bedirhan 7 The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. **Disability and rehabilitation**, v. 25, n. 11-12, p. 565-571, 2003

# MINI-CURRÍCULOS DOS AUTORES

## **Adriana Gomes Magalhães**

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), mestre em Engenharia Biomédica (UFPB) e doutora em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atua como docente em cursos de graduação e pós-graduação da UFRN, na área de saúde da mulher.

## **Ana Beatriz Borges**

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

## **Ana Beatriz da Fonseca Nunes**

Fisioterapeuta formada pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA)/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), mestranda em Ciências da Reabilitação (FACISA/UFRN). Atua como fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Paraú-RN.

## **Anna Cecília Queiroz de Medeiros**

Nutricionista graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre em Ciências da Saúde e doutora em Psicobiologia pela UFRN. Professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi.

## **Brenda Kelly Pontes Soares**

Enfermeira pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA)/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)



### **Brenna Nice Meneses**

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

### **Fernanda Diniz de Sá**

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Doutora em Sociologia pela UFPB. Atua como Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte na área de Saúde Coletiva. Tem como áreas de interesse e atuação: Sociologia do corpo e da saúde, Interseccionalidades, Estudos do *care* e sobre deficiência, com abordagem de gênero.

### **Gabriela Ferreira Menezes de Oliveira**

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

### **Grasiéla Nascimento Correia**

Fisioterapeuta graduada pelo Centro Universitário de Araraquara (UNIARA), Especialização em Atenção na Saúde da Mulher pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), mestre e Doutora em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). Atua como docente em cursos de graduação em Fisioterapia, Residência Multiprofissional e mestrado em Ciências da Reabilitação na UFRN, na área de saúde da mulher.

### **Guilherme Pertinni de Moraes Gouveia**

Fisioterapeuta graduado pela Universidade de Fortaleza (2006). Mestre em Saúde Pública pela UFC (2012), Doutor em Ciências Medico-cirúrgicas - UFC (2018). Atua como docente do Curso de Fisioterapia e do Mestrado em Ciências Biomédicas da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr).

### **Joyce Raquel Cândido de Medeiros**

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Possui curso de formação completa em Pilates pela VOLL Pilates. Atua como instrutora de Pilates clínico no município de Currais Novos/RN.

### **Laiane Santos Eufrásio**

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), mestre e doutora em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atua como docente no curso de graduação da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (UFRN/FACISA), em Santa Cruz/RN, na área de saúde da mulher.

### **Leonildo Santos do Nascimento Júnior**

Fisioterapeuta graduado pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Doutor em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atua como Professor Adjunto da Universidade Federal da Paraíba na área de Saúde do Trabalhador. Tem como áreas de interesse e atuação: Fisioterapia, Saúde do Trabalhador, Saúde Coletiva e Preventiva e Ergonomia

### **Lívia Fragoso Brito da Silva**

Fisioterapeuta graduada pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). Tem como áreas de interesse e atuação: Fisioterapia, Saúde Coletiva e Preventiva.

### **Lívia Oliveira Bezerra**

Mestre em Fisioterapia pelo Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia na UFRN. Especialista na área Materno-Infantil pelo Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia na UFRN. Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente da Universidade Potiguar (UnP). Fisioterapeuta do Hospital Geral Dr. João Machado.

### **Lucas Azevedo Meira de Souza**

Nutricionista graduado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atua na área clínica ambulatorial.

### **Luciana Maria Silva Ferreira**

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal do Piauí - UFPI. Possui formação complementar em Doula. Atua em Fisioterapia Pélvica - Uroginecologia e obstetrícia e Fisioterapia Neurofuncional na cidade de Parnaíba/PI. Atuante no controle social, como membro titular do Conselho Municipal de Saúde.

### **Marcos Felipe Silva de Lima**

Nutricionista graduado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN. Atua como docente em cursos de graduação e pós-graduação da UFRN, principalmente na área de nutrição social, avaliação nutricional e ética e bioética.

### **Maria Thereza Albuquerque Barbosa Cabral Micussi**

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Potiguar, Mestrado e doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (UFRN). Professora Associada do Departamento de Fisioterapia da UFRN, do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da UFRN e do Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde da Mulher MEJC/UFRN.

### **Mateus Dantas de Azevêdo Lima**

Fisioterapeuta graduado pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), mestre em Ciências da Reabilitação (UFRN/FACISA). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Fisioterapia na Saúde da Mulher (GEPFISM/UFRN/FACISA) e pesquisador do Laboratório de Fisioterapia em Saúde da Mulher (LAFISM/UFRN). Atua como Fisioterapeuta Uroginecológico e Pélvico.

### **Polianne Angella Oliveira Figueiredo**

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), com especialização em Fisioterapia Cardiorrespiratória pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (ASSOBRAFIR/COFFITO) e mestre em Ciências da Reabilitação (UFRN/FACISA). Atua como professora de pós-graduação em instituições privadas e servidora pública em duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no estado da Paraíba.

### **Thawan da Luz Matias**

Fisioterapeuta formado pela Universidade Potiguar, Natal-RN. Pós-graduado em fisioterapia pélvica com ênfase em saúde da mulher e do homem. Atua como Preceptor de Fisioterapia na Unidade Potiguar, Natal-RN e intensivista na UTI Materna do Hospital Dr. José Pedro Bezerra.

### **Vanessa Patrícia Soares de Sousa**

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com mestrado e doutorado em Fisioterapia pela UFRN, docente do curso de Fisioterapia da UFRN/Faculdade de da Saúde do Trairi (FACISA) e do Programa de pós-graduação em Ciências da Reabilitação da FACISA. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Fisioterapia na Saúde da Mulher (GEPFISM/UFRN/FACISA).



A coletânea “Dez vezes Mulher” nasce do desejo de compartilhar achados oriundos de pesquisas acadêmicas na área de saúde da mulher, de modo a contribuir com a disseminação e construção de saberes neste campo do conhecimento. Todo o planejamento da obra foi imbuído do desejo de perpassar por diversas perspectivas da saúde da mulher, buscando oferecer um olhar ampliado sobre o tema, em múltiplas abordagens metodológicas, incluindo desde reflexões sobre aspectos políticos do corpo feminino até inovações no cuidado em uro-ginecologia.

# DEZ VEZES MULHER