

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**RITA DE CÁSSIA ALTINO DELARMELINDO**

**ENTRE O SOFRIMENTO E A ESPERANÇA: A  
REABILITAÇÃO DA INCONTINÊNCIA  
URINÁRIA COMO COMPONENTE  
INTERVENIENTE**

**BOTUCATU  
2010**

**RITA DE CÁSSIA ALTINO DELARME LINDO**

**ENTRE O SOFRIMENTO E A ESPERANÇA: A  
REABILITAÇÃO DA INCONTINÊNCIA  
URINÁRIA COMO COMPONENTE  
INTERVENIENTE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora:**

Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi

**BOTUCATU  
2010**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Delarmelindo, Rita de Cássia Altino.

Entre o sofrimento e a esperança: a reabilitação da incontinência urinária como componente interveniente / Rita de Cássia Altino Delarmelindo. - Botucatu, 2010

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010

Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi

Capes: 40400000

1. Urina – Incontinência. 2. Mulheres – Doenças. 3. Aparelho urinário – Doenças. 4. Pesquisa qualitativa.

Palavras-chave: Acontecimentos que mudam a vida; Incontinência urinária; Pesquisa qualitativa; Saúde da mulher.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**RITA DE CÁSSIA ALTINO DELARMELINDO**

### **ENTRE O SOFRIMENTO E A ESPERANÇA: A REABILITAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA COMO COMPONENTE INTERVENIENTE**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM** e aprovada em 25 de novembro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado Profissional – na Área de concentração – Prática de Enfermagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

---

Professora Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada  
Coordenadora do Programa

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi  
Presidente/Orientadora

---

Professora Adjunta Cristina Maria  
Garcia de Lima Parada  
Membro

---

Profa. Titular Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues  
Membro

*Estudo subsidiado pela  
Fundação para o  
Desenvolvimento Médico e  
Hospitalar (FAMESP) –  
Estudos do Projeto  
Integração e Graduação e  
Pós-Graduação de  
Enfermagem.*

*Dedico este trabalho*

*A todas as pessoas que de forma direta ou indireta apoiaram seu desenvolvimento*

*Especialmente ao meu filho, **Gustavo**, minha maior bênção de Deus, razão maior de meu viver, minha fonte de amor.*

*Aos meus **Pais**, que sempre me apoiaram e em especial a minha mãe, mulher mais abençoada que já encontrei de grande fé, a qual me mostrou sempre o melhor caminho a seguir, ensinando-me que a humildade é a base do viver.*

*Ao meu **marido** pela amizade, companheirismo e compreensão nos momentos ausentes.*

*Às **atrizes desta pesquisa**, contando-me suas experiências.*

*AGRADECIMENTO ESPECIAL*

*O meu mais profundo agradecimento é dirigido à Professora Doutora SILVIA CRISTINA MANGINI BOCCHI, não só pela orientação deste trabalho, como pela confiança em mim depositada para a sua concretização, mostrar-me que sou muito mais capaz do que imagino, pelo entusiasmo, disponibilidade e amizade que sempre me dispensou.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço a todos aqueles que deram a sua contribuição para que esta dissertação fosse realizada.*

*Senhor meu Deus, Pai de amor, somente Tu podes salvar-nos e fazer-nos grandes. Atende às nossas necessidades, confirma nossas esperanças e ouve nossas orações. Obrigada por mais esta dádiva.*

*A Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi, principalmente por sua amizade, dedicação, apoio e incentivo, admirável exemplo profissional e pessoal, dotada de conhecimento extremo, estará para sempre em meu coração, obrigada por tudo e que possa receber muito mais do que fez por mim fez. Que Deus continue sempre te iluminando.*

*Aos meus familiares, amigos e meus alunos, que me apoiaram e souberam compreender minha ausência, sempre dispostos a ouvir as alegrias e angústias a cada etapa, vocês são parte da minha vida. Seus nomes ficam gravados nesta página no anonimato, pois são muitos e assim ficaria temerosa em me esquecer de agradecer a algum deles.*

*Aos amigos de classe, Lillian e Claudio, pelo companheirismo nos momentos de viagem, ao constante apoio e disposição para ouvir os meus anseios, angústias e dúvidas e, sempre, de maneira amiga e carinhosa, ajudar em minhas dificuldades. A vocês, minha sincera e eterna amizade.*

*Ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista – UNESP por dar-me a oportunidade de concluir esta etapa.*

*Aos **Professores** da Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista – UNESP, que fizeram parte da minha formação profissional e como pessoa.*

*À Secretária do Departamento de Enfermagem, **Aline Parada**, pelas dicas e paciência durante todo o curso.*

## EPÍGRAFE

*“O ser humano vivência a si mesmo, seus pensamentos como algo separado do resto do universo - numa espécie de ilusão de ótica de sua consciência. E essa ilusão é uma espécie de prisão que nos restringe a nossos desejos pessoais, conceitos e ao afeto por pessoas mais próximas. Nossa principal tarefa é a de nos livrarmos dessa prisão, ampliando o nosso círculo de compaixão, para que ele abranja todos os seres vivos e toda a natureza em sua beleza. Ninguém conseguirá alcançar completamente esse objetivo, mas lutar pela sua realização já é por si só parte de nossa liberação e o alicerce de nossa segurança interior”.*

*(Albert Einstein)*

Delarmelindo RCA. Entre o sofrimento e a esperança: a reabilitação da incontinência urinária como componente interveniente [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2010.

## RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com os objetivos de: compreender a experiência de mulheres com incontinência urinária e elaborar um modelo teórico representativo da mesma. A saturação teórica se deu mediante a análise da 18ª entrevista não diretiva, segundo a Teoria Fundamentada nos Dados, conhecida internacionalmente como *Grounded Theory*. Deste processo, emergiram dois fenômenos: convivendo com os desafios da Incontinência Urinária (IU) e vivenciando a esperança e a desilusão de reabilitar-se da IU. Do realinhamento dos componentes (temas, categorias e subcategoria) provindos dos fenômenos emergiu a categoria central, denominada: entre o sofrimento e a esperança: o apoio e o acesso à reabilitação da IU como componente interveniente. Da análise à luz do Interacionismo Simbólico, verificou-se que a gravidez e o parto vaginal emergem como símbolos de vulnerabilidade da mulher ao sofrimento de conviver com o desafio moral e fisiopsicossocial da IU. Assim como, a inferência de que a desconsideração do Sistema Único de Saúde (SUS) com investimentos no processo de reabilitação da IU possa estar fragilizando os próprios programas de incentivo ao parto vaginal. Ademais, aponta a perpetuação do sofrimento da mulher com a IU, na maioria das vezes, impossibilitada de acesso ao processo de reabilitação que poderia garantir uma melhor qualidade de vida, por falta de programas incentivados pelas políticas públicas, em oferecer uma assistência voltada às reais necessidades dessas usuárias do SUS.

**Descritores:** incontinência urinária; saúde da mulher; acontecimentos que mudam a vida; efeitos psicossociais na saúde, pesquisa qualitativa.

Delarmelindo RCA. *Between suffering and hope: rehabilitation from urinary incontinence as an intervenient component* [master's thesis]. Botucatu: Botucatu School of Medicine; 2010.

## ABSTRACT

This qualitative study aimed at understanding the experience of women with urinary incontinence as well at developing a theoretical model of such experience. Theoretical saturation occurred by examining the 18<sup>th</sup> non-directive interview, according to the Grounded Theory. This process showed two phenomena: living with the challenges of urinary incontinence (UI) and experiencing the hope and disappointment of rehabilitating from UI. The core category emerged from the re-alignment of the components (themes, categories and subcategories) stemming from the phenomena and it was denominated *between suffering and hope: support and access to rehabilitation from UI as an intervenient component*. Analysis in light of Symbolic Interactionism showed that pregnancy and vaginal delivery emerge as symbols of women's vulnerability to the suffering of living with the moral and physio-psycho-social challenge of UI. It was also inferred that the disregard from the Brazilian Unified Health System (SUS) towards investments in the process of UI rehabilitation may be weakening its own programs of encouragement to vaginal delivery. Moreover, it shows the perpetuation of the suffering of women with UI, who, in most cases, are unable to access rehabilitation processes that could ensure a better quality of life due to the lack of programs sponsored by public policies and targeted at meeting the real needs of users of the public health system.

**Descriptors:** urinary incontinence; women's health; life change events; cost of illness; qualitative research.

Delarmelindo RCA. Entre el sufrimiento y la esperanza: la rehabilitación de la incontinencia urinaria como componente interviniente [disertación]. Botucatu: Facultad de Medicina de Botucatu; 2010.

## RESUMEN

Este es un estudio de naturaleza cualitativa, con los objetivos de: comprender la experiencia de mujeres con incontinencia urinaria y elaborar un modelo teórico que la represente. La saturación teórica se dio mediante el análisis de la 18ª entrevista no directiva, según el Muestreo Teórico, conocido internacionalmente como *Grounded Theory*. De este proceso emergieron dos fenómenos: conviviendo con los desafíos de la Incontinencia Urinaria (IU) y vivenciando la esperanza y la desilusión de rehabilitarse de la IU. Del realinamiento de los componentes (temas, categorías y subcategoría) oriundos de los fenómenos emergió la categoría central, denominada: entre el sufrimiento y la esperanza: el apoyo y el acceso a la rehabilitación de la IU como componente interviniente. Del análisis a la luz del Interaccionismo Simbólico se verificó que el embarazo y el parto vaginal son símbolos de vulnerabilidad de la mujer al sufrimiento de convivir con el desafío moral y fisiopsicosocial de la IU. Asimismo se infirió que la desconsideración del Sistema Único de Salud (SUS) con inversiones en el proceso de rehabilitación de la IU puede estar fragilizando los propios programas de incentivo al parto vaginal. Además, se indicó la perpetuación del sufrimiento de la mujer con la IU, en la mayoría de las veces, imposibilitada de acceder el proceso de rehabilitación, que podría garantizarle una mejor calidad de vida, por falta de programas incentivados por las políticas públicas, que no ofrecen una asistencia destinada a las reales necesidades de esas usuarias del SUS.

**Descriptor:** incontinencia urinaria; salud de la mujer; sucesos que cambian la vida; efectos psicosociales de la enfermedad; investigación cualitativa.

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>AHCPR</b>	Agência para Pesquisa e Política do Cuidado à Saúde
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CEPS</b>	Clínica de Educação em Saúde
<b>CID 10</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>FMB</b>	Faculdade de Medicina de Botucatu
<b>ISC</b>	<i>International Continence Society</i>
<b>ITU</b>	Infecção do Trato Urinário
<b>IU</b>	Incontinência Urinária
<b>IUE</b>	Infecção Urinária por Esforço
<b>IUM</b>	Infecção Urinária Mista
<b>NANDA</b>	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>USC</b>	Universidade Sagrado Coração

## DIAGRAMAS

Diagrama 1. Fenômeno A. Convivendo com o desafio da IU: temas.....	45
Diagrama 2. Tema A3. Tornando-se apreensiva com a percepção pública da urina: categorias.....	47
Diagrama 3. Tema A4. Sentindo-se vulnerável moral e fisiopsicossocialmente: categorias.....	49
Diagrama 4. Categoria A3.3. Aparecendo complicações relativas à IU: subcategorias.....	51
Diagrama 5. Categoria A4.4. Tendo problemas de saúde que pioram a experiência: subcategorias.....	53
Diagrama 6. Fenômeno B. Entre a esperança e a desilusão de reabilitar-se da IU por meio do tratamento cirúrgico.....	55
Diagrama 7. Tema B1. Adotando estratégias paliativas ao não ver perspectivas de melhora: categorias.....	56
Diagrama 8. Categoria B1.5. Adotando estratégias paliativas para não se ver molhada: subcategorias.....	58
Diagrama 9. Tema B2. Vendo perspectivas de melhora ao descobrir possibilidades de tratamento: categorias.....	62
Diagrama 10. Categoria central - Entre o sofrimento e a esperança: o apoio e o acesso à reabilitação da IU como componente interveniente.....	66

## QUADROS

Quadro 1. Tema A. Considerando a IU uma experiência não prazerosa: códigos.....	90
Quadro 2. Tema A2. Associando a IU à gravidez e ao parto normal: códigos.....	90
Quadro 3. Categoria A3.1. Tendo vontade iminente de urinar: códigos.....	91
Quadro 4. Categoria A3.2. Não conseguindo conter a urina: códigos.....	91
Quadro 5. Categoria A3.3. Vendo-se urinada em local público: códigos.....	92
Quadro 6. Categoria A3.4. Sentindo medo de ser percebida com odor de urina: códigos.....	92
Quadro 7. Categoria A4.1. Sentindo-se abatida moralmente em vivenciar a IU: códigos.....	92
Quadro 8. Categoria A4.2. Acometendo necessidades relativas ao sono e à sexualidade: códigos.....	93
Quadro 9. Categoria A4.3. Apresentando complicações relativas à IU: subcategorias e códigos.....	93
Quadro 10. Categoria A4.4. Tendo problemas de saúde que pioram a experiência: subcategorias e códigos.....	94
Quadro 11. Categoria A4.5. Entrando em sofrimento psíquico: códigos.....	95
Quadro 12. Categoria B1.1. Percebendo nenhuma melhora com os tratamentos conservadores: códigos.....	95
Quadro 13. Categoria B1.2. Médico desencorajando o tratamento cirúrgico: códigos.....	96
Quadro 14. Categoria B1.3. Voltando a vivenciar a IU após período de continência: códigos.....	96
Quadro 15. Categoria B1.3. Perdendo a esperança de se ver livre do problema: códigos.....	96
Quadro 16. Categoria B1.4. Adotando estratégias paliativas para não se ver molhada: subcategorias e códigos.....	96

Quadro 17. Categoria B2.1. Descobrimo que a IU tem tratamento: códigos.....	99
Quadro 18. Categoria B2.2. Percebendo melhora da IU por meio do tratamento: códigos.....	99
Quadro 19. Categoria B2.3. Vendo a possibilidade de resolver o problema com cirurgia: códigos.....	100
Quadro 20. Categoria B2.4. Sentindo prazer com a possibilidade de restabelecer a continência: códigos.....	100

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>MOTIVAÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>2</b>
2.1	O estado e a arte da pesquisa sobre Incontinência Urinária (IU).....	2
<b>2.1.1</b>	<b>Anatomofisiopatologia vesicouretral</b> .....	<b>2</b>
<b>2.1.2</b>	<b>IU: definição, classificação, epidemiologia e fatores associados</b> .....	<b>6</b>
2.2	Impacto da IU na qualidade de vida.....	12
2.3	Abordagem da IU por profissionais da saúde .....	14
2.4	Assistência de Enfermagem na IU.....	18
2.5	Prevenção, tratamento e reabilitação da IU.....	21
2.6	IU associada à infecção do trato urinário.....	28
2.7	Ônus Econômico ao sistema de saúde.....	29
<b>3.</b>	<b>DELINEAMENTO DO PROBLEMA, OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA DA PESQUISA</b> .....	<b>33</b>
<b>4.</b>	<b>ABORDANDO O MÉTODO</b> .....	<b>35</b>
4.1	Optando pela metodologia qualitativa.....	35
4.2	Descrevendo os fundamentos teóricos dos referenciais.....	36
<b>4.2.1</b>	<b>Interacionismo Simbólico: referencial teórico</b> .....	<b>36</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Teoria Fundamentada nos Dados</b> .....	<b>38</b>
4.3	As atrizes participantes.....	39
4.4	Local da pesquisa .....	40
4.5	Estratégias para coleta e análise dos dados.....	40
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS: A EXPERIÊNCIA DE MULHERES COM IU</b> .....	<b>44</b>
5.1	Descobrimos os fenômenos .....	44
5.2	Descobrimos a categoria central .....	64
<b>6.</b>	<b>DISCUTINDO O MODELO TEÓRICO</b> .....	<b>67</b>
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>75</b>
<b>8.</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>76</b>
	APENDICE 1 - Consentimento livre e esclarecido de participação em pesquisa.....	87
	ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) .....	88
	ANEXO2 - Alteração do título da pesquisa aprovada pelo CEP.....	89
	ANEXO 3 – Quadros referentes aos códigos pertencentes à temas, categorias e subcategorias. ....	90

## **1. MOTIVAÇÃO**

Este trabalho emerge de minha experiência como enfermeira assistencial e docente do Curso de Graduação em Enfermagem há seis anos, atuando em diversos campos de práticas, conveniados com a Universidade Sagrado Coração (USC), Bauru, realizando cuidados de enfermagem com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Incontinência Urinária (IU).

A vivência desse processo tem me conduzido à apropriação do conhecimento já produzido acerca do assunto, bem como suscitado o interesse em contribuir com o aprofundamento da compreensão do objeto de investigação “experiência de mulheres com IU”.

## 2. INTRODUÇÃO

### 2.1 O estado e a arte da pesquisa sobre IU.

#### 2.1.1 Anatomofisiopatologia vesicouretral.

O sistema urinário é constituído por órgãos responsáveis pela formação, transporte e armazenamento da urina. É representado por um par de rins, ureteres, bexiga urinária e uretra. A bexiga e a uretra são as estruturas diretamente associadas com problemas incontinentes e o comprometimento da musculatura pélvica pode interferir no funcionamento destas e no controle do ato miccional<sup>(1)</sup>.

A urina é formada pelos rins por um processo contínuo e transportada até a bexiga, onde é armazenada e posteriormente esvaziada para o exterior através da uretra. A capacidade total de armazenamento de urina na bexiga é de 350 a 700 ml. A eliminação pela uretra está relacionada com débito urinário, que é de aproximadamente 0,5 a 1ml/kg do peso corporal por hora no adulto, e de 1 a 1,5 ml/kg/h na criança<sup>(2)</sup>.

A formação da urina pelos rins ocorre por um processo contínuo, podendo ser alterada por processo fisiológicos fisiopatológicos, além de fatores cronológicos associados ao ritmo circadiano, resultado em diurese diária em torno de 1.200 a 1.500ml, diminuída durante o período noturno, e com variação do volume em média de 30ml, num lapso de até oito horas<sup>(3)</sup>.

A bexiga é dotada de capacidade de distensão, sendo que sua forma se altera quando está cheia, com a face anterior adquirindo formato de cúpula e tornando-se palpável na sínfise púbica, estendendo-se até a região umbilical em casos de grande volume de armazenamento. É formada por quatro camadas: mucosa interna, submucosa de tecido conjuntivo, muscular e serosa externa. A camada muscular é formada por feixes de fibras musculares detrusoras que recebem inervação de fibras nervosas parassimpáticas<sup>(4)</sup>.

A esfera vesical se projeta para o abdome como um balão oco, possuindo um poderoso músculo de estrutura lisa, denominado detrusor da bexiga, que tem propriedade contrátil, e é formado por fina rede de fibras lisas que formam um espesso entrecruzado. Quando ocorre a distensão da bexiga e por aumento do volume urinário ou mesmo quando está relativamente vazia, o detrusor determina a modificação da geometria do órgão, fazendo que não se altere a pressão intravesical. Esta propriedade se chama complacência vesical (2,3).

Quando o volume de urina aumenta expressivamente, mais de 350 ml, outra propriedade vesical começa a agir, a elastância. Esta permite que o aumento de pressão na cavidade se converta em distensão do órgão. Neste momento, urge a necessidade de esvaziamento do conteúdo vesical. Sumariamente, a complacência e a elastância ocorrem de forma alternada. Na vigência da complacência, ocorre permissão para o acúmulo da urina, e a bexiga exerce sua função de armazenamento. Isto se dá sem que a bexiga precise ser esvaziada mediante volumes apreciáveis de urina, que constitui a chamada continência urinária. Quando este volume se excede, e a pressão intravesical aumenta, a elastância passa a atuar no esvaziamento do conteúdo vesical<sup>(3)</sup>.

Sendo assim, a função da complacência é a de continência urinária quando ocorre o enchimento da bexiga, enquanto a função da elastância conduz à micção ou esvaziamento vesical<sup>(3)</sup>.

Quanto às funções vesicais para a continência ou incontinência urinária, estima-se que sejam as mais importantes atividades desenvolvidas pela musculatura da bexiga<sup>(3)</sup>.

A uretra é o último segmento das vias urinárias, e constitui-se em um tubo que estabelece a comunicação entre a bexiga urinária e o meio exterior. No homem, é a via comum para a micção e a ejaculação, enquanto na mulher tem apenas a função de eliminação da urina<sup>(1)</sup>.

A micção normal resulta de um mecanismo sincronizado da musculatura lisa vesical e estriado que circunda a uretra posterior. É um processo no qual, quando a bexiga inicia contração, ocorre o relaxamento do músculo estriado periuretral, de forma reflexa ou voluntária. Isto produz a diminuição do comprimento da uretra e aumento no seu calibre, permitindo a saída da urina.

Neste processo, cerca de três a quatro ml de urina permanecem de forma residual na bexiga<sup>(5)</sup>.

O padrão miccional corresponde há cerca de 30 minutos diários de micção, distribuídos nos diversos episódios de eliminação urinária. A eliminação ocorre a partir da distensão vesical, que gera reflexos para a micção ao ser atingido o limiar de excitabilidade e ação do sistema nervoso parassimpático sacral<sup>(3)</sup>.

A bexiga ajusta as emissões de urina, resultando o volume diário em torno de 1.200 a 1.500ml; durante o dia, os intervalos entre as micções são menores, usualmente a cada três ou quatro horas, e à noite maiores, com apenas uma ou até duas emissões de urina no período de 8 horas. A expulsão da urina está associada a diversos fatores exercidos pelo indivíduo, o qual urina apenas nos momentos socialmente adequados, permitindo a sincronia das atividades sociais com a homeostasia renal, resultando na ritmicidade miccional própria, coordenada então pelas funções precedentes renais, pelo ritmo circadiano, pelas atividades sociais e pelo sistema nervoso central<sup>(3)</sup>.

Este processo é capaz de acontecer mediante inúmeros receptores simpáticos e parassimpáticos na parede vesical. Estes últimos são estimulados proporcionalmente à tensão intramural, gerada pelo aumento do volume de armazenamento, processo que gera estímulos que são levados até o centro de micção sacral, nas regiões S2 e S4, pelos nervos pélvicos, seguindo para centros superiores centrais e laterais. Enquanto a micção não se completa, o envio de impulsos para impedir a contração detrusora é mantida, associada ao relaxamento do assoalho pélvico e região esfíncteriana<sup>(6)</sup>.

A sensação relativa à necessidade de eliminação urinária é projetada na base peniana no sexo masculino e na uretra anterior no sexo feminino, se estendendo por todo o corpo do pênis ou área genital, respectivamente, até ser sentida na região suprapúbica vesical. Esta sensação é provocada pela excitação de baroreceptores da camada muscular, característica a partir de 20cmH<sub>2</sub>O, sendo estimada entre 40 a 65cmH<sub>2</sub>O nas mulheres e 60 a 90cmH<sub>2</sub>O nos homens adultos, e de quimioceptores e neurotransmissores, como as neurocininas e cininas plasmáticas, liberadas na musculatura detrusora<sup>(3)</sup>.

Quando o volume de urina é suficiente para início da micção, reflexos são ativados para contração vesical, porém, alguns fatores, inclusive falha no mecanismo de estímulo para contração da bexiga e relaxamento dos esfíncteres, podem resultar em episódios de incontinência urinária, e há a perda do controle sobre a micção<sup>(7)</sup>. As contrações da bexiga enviam impulsos nervosos para o mesencéfalo e o córtex cerebral, levando o indivíduo à consciência da necessidade de urinar<sup>(4)</sup>.

O controle da micção realizada pelo sistema nervoso central inicia-se quando o aumento da pressão vesical promove sinapses com neurônios do núcleo de Barrington ou núcleo pontino da micção, localizado na região dorsolateral da formação reticular pontina, que recebe impulsos providos pela substância cinzenta periaquedutal do estriado ligado ao córtex motor e hipotálamo. Para o controle da micção durante a relação sexual, há atuação do núcleo pré-óptico medial e núcleo leito da estria terminal. Mantendo tais conexões, o núcleo de Barrington realiza sinapses com neurônios parassimpáticos sacrais, além de neurônios pertencentes às vias simpáticas no núcleo de Onuf, que inervam a musculatura perineal e o esfíncter uretral externo, atuando no relaxamento do assoalho pélvico. Essencialmente, os nervos parassimpáticos sacrais têm importância fundamental, através de sinapses, com gânglios localizados na bexiga e participação de neurotransmissores nos axônios pós-sinápticos, como a acetilcolina, que se liga a receptores muscarínicos da musculatura detrusora, desencadeando contração e aumento do tônus fásico<sup>(3)</sup>.

A função vesical de armazenamento e de criação de condições necessárias para a micção em tempo hábil é extremamente importante. Qualquer alteração neste processo pode desencadear perdas involuntárias de urina. Existem algumas características distintas que as classificam nos tipos de incontinência urinária e, dependendo do tipo, gera no indivíduo maior ou menor implicação social, afetiva, psicológica, além do impacto físico e predisposição às complicações geniturinárias<sup>(5)</sup>.

### 2.1.2 Incontinência Urinária: definição, classificação, epidemiologia e fatores associados.

A IU e as Disfunções do Trato Urinário Inferior (DTUI) se constituem em problema de saúde pública, sendo reconhecida como epidemia silenciosa mundial<sup>(8,9,10,11,12)</sup>.

Em 2005, durante a III Conferência Internacional de Incontinência, ocorrida em Paris, considerou-se o terceiro maior problema de saúde, depois dos cardíacos e do câncer<sup>(9)</sup>, acometendo principalmente mulheres de diferentes idades, independentes de qualquer classe econômica ou padrão cultural<sup>(13)</sup>.

Em 1988, a *International Continence Society* (ICS) definiu IU como um problema social ou higiênico, relativo à perda involuntária de urina objetivamente demonstrável<sup>(14,15)</sup>. A Agência para Pesquisa e Política do Cuidado à Saúde (AHCPR) a considerava como perda involuntária de urina, suficiente para se configurar em um problema<sup>(16)</sup>.

Em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou a IU como doença e não mais como uma condição, levando-se em conta seus efeitos debilitantes, relativos à saúde e ao bem-estar<sup>(12)</sup>. A contento, foi incluída na Classificação Internacional e Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICIDH-2), passando a fazer parte, a partir de 2001, da Classificação Internacional de Doenças (CID10)<sup>(17)</sup>.

Em dezembro de 2002, a ICS passou a considerar IU como queixa de qualquer perda involuntária de urina, descrita pela especificação dos fatores relevantes, tais como: tipo, frequência, gravidade, fatores precipitantes de impacto social, efeitos sobre a higiene e qualidade de vida, medidas para conter a perda e se o indivíduo, cuidador ou parceiro procuram ou desejam ajuda de profissionais de saúde por sua causa. Nesse mesmo relatório, a ICS passou a classificar os tipos de IU como<sup>(18)</sup>:

- IU por esforço (IUE): perda urinária involuntária ao esforço, exercícios espirro ou tosse;
- IU de urgência (UI): perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência;

- IU mista (IUM): perda involuntária de urina associada com a urgência e também com o esforço;
- Enurese noturna: perda involuntária de urina que ocorre durante o sono;
- Incontinência urinária contínua: perda involuntária contínua;
- Incontinência urinária situacional: perda involuntária de urina durante a relação sexual ou rindo.

Por sua vez, a Associação Internacional de Diagnósticos de Enfermagem<sup>(19)</sup>, fundamentado na última classificação de IU, proposta pela ICS, formulou e classificou os diagnósticos de Enfermagem relativos ao problema de saúde, conforme descritos:

- Incontinência urinária de esforço: perda repentina de urina com atividades que aumentam a pressão intra-abdominal;
- Incontinência urinária de urgência: perda involuntária de urina que ocorre imediatamente após uma forte sensação de urgência para urinar;
- Risco de incontinência urinária de urgência: risco de perda involuntária de urina associada com súbita e forte sensação de urgência urinária;
- Incontinência urinária funcional: incapacidade da pessoa que é usualmente continente de alcançar o banheiro a fim de evitar perda de urina;
- Incontinência urinária por transbordamento: perda involuntária de urina associada à distensão excessiva da bexiga;
- Incontinência urinária reflexa: perda involuntária de urina a intervalo de certa forma previsível, quando um determinado volume na bexiga é atingido.

Pesquisas mostram que a incontinência urinária atinge, aproximadamente 25 milhões de norte-americanos adultos, afetando mais as mulheres em relação aos homens, razão esta de 4:1 considerando-se a idade inferior a 60 anos e uma relação de 2:1 indivíduos com 60 anos e mais. Admite-se que, uma entre quatro mulheres de 30 a 59 anos, já vivenciou episódio de IU<sup>(13)</sup>, sendo que a IUE acomete 50% das mulheres, principalmente as mais jovens, sendo os sintomas agravados com o avanço da idade<sup>(8,10)</sup>.

Estudos conduzidos no Reino Unido apontam que, aproximadamente, 30% dos indivíduos com 40 anos ou mais, vivenciam alguma forma de disfunções do trato urinário inferior, sendo a prevalência de IU com episódios de perdas

involuntárias de urina estimada em 14%, ocorrendo várias vezes ao mês, semelhantes aos resultados de pesquisas desenvolvidas na Europa<sup>(8)</sup>. Já na Coreia, a presença de IU nas mulheres com idade entre 30 e 39 anos é de 36%, seguidos de 53% nas idades de 40-49 anos, 45% na faixa etária de 50-59 anos e 63% nos indivíduos com mais de 60 anos<sup>(20)</sup>; na Suécia, houve o relato de IU por 39% dos idosos<sup>(21)</sup>.

Dentre as poucas pesquisas que abordam a prevalência da IU no cenário brasileiro, verificamos a prevalência maior nos idosos e em mulheres, principalmente no período do climatério, pessoas hospitalizadas, bem como em determinadas profissões como a Enfermagem. Estudo acerca da saúde, bem-estar e envelhecimento (Projeto SABE), conduzido no município de São Paulo evidenciou 20% dos idosos com IU, sendo 16% e 33%, respectivamente, nos grupos 60 a 74 anos e 75 anos e mais. No sexo feminino, esse valor foi de 26%, bem maior do que no sexo masculino, 11%<sup>(22)</sup>.

Um estudo realizado no ambulatório geral do Centro de Saúde Escola, na cidade de Botucatu, interior de São Paulo, com 807 mulheres, apontou uma prevalência de IU em 30% delas, e em 59% dessas, a evidência de urgência estava associada, sendo significativo para este grupo o aumento do índice de massa corpórea (IMC) e de partos vaginais<sup>(23)</sup>.

Ademais, nas mulheres climatéricas e entre adultos e idosos hospitalizados, essa prevalência aumenta para 35%<sup>(24)</sup> e nos profissionais de enfermagem é 27%, sendo a enfermagem um grupo de profissional predominantemente feminino<sup>(25)</sup>.

Apesar de haver maior incidência em adultos e idosos, os adolescentes e as crianças não estão livres deste problema. Estudos entre pré-escolares refere disfunção miccional em 24%, sendo a maioria entre meninas, com presença de problemas como incontinência, bexiga hiperativa, manobras de contenção e disúria<sup>(26)</sup>.

Justifica-se uma maior probabilidade de acometimento da IU nas mulheres, não só idosas, mas também mulheres jovens e na meia-idade, devido a várias causas, uma maior evidencia durante a gravidez e o parto, ou após as mudanças hormonais da menopausa. Há ainda fatores de risco como idade, alterações de peso, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, doenças

crônicas, fatores hereditários, uso de fármacos, consumo de cafeína, tabagismo e exercícios físicos, os quais serão resgatados no decorrer deste capítulo<sup>(14)</sup>.

Somando-se a esses aspectos, a IU pode estar relacionada a diversos processos fisiopatológicos, como: tumores, infecções, lesões encefálicas, esclerose múltipla, demência progressiva, neuropatias alcoólicas, doenças desmielinizantes, Doença de Parkinson, modificações degenerativas dos músculos pélvicos e sustentação estrutural secundária à deficiência de estrógeno. O uso de fármacos, também, pode induzir à IU, sejam anti-histamínicos, sedativos, tranquilizantes, epinefrinas, imunossupressores, anticolinérgicos e diuréticos. Além de processos situacionais, como: mobilidade prejudicada, confusão e estados depressivos, relacionados às barreiras físicas, como a distância do sanitário, a altura da cama, a má iluminação e o ambiente desconhecido; e por fim os maturacionais, como a idade<sup>(27)</sup>.

As causas da IU podem ser agrupadas ainda em dois subgrupos: transitória, basicamente associada com a condição mecânica ou cirúrgica aguda, frequentemente resolvida quando a condição predisponente é eliminada ou tratada; e a estabelecida, a qual surge subitamente ou gradativamente, com causa precipitante desconhecida, porém evolutiva com certa severidade<sup>(28)</sup>.

A produção do conhecimento, nos últimos cinco anos, acerca da IU vem apontando associação às seguintes variáveis:

- **Gestação, parto e puerpério.** A gestação e o parto são condições que geram modificação na relação anatômica entre a bexiga e o útero, podendo causar enfraquecimento da musculatura pélvica, sendo considerados os mais prováveis responsáveis para o desenvolvimento da IU na mulher<sup>(10,14,29)</sup>. Apesar de o parto vaginal ser um processo fisiológico, pode causar lesões dos músculos do assoalho pélvico, alterando seu sistema de sustentação<sup>(10, 29)</sup>. Porém, não há evidência científica que sustente essa hipótese, uma vez que pesquisas são contraditórias: enquanto algumas demonstram que o parto cesáreo não protege o assoalho pélvico, pois mesmo dando a luz somente por essa via, algumas mulheres desenvolvem IU<sup>(10)</sup>, em outra se observou incidência menor de IU em mulheres que tiveram partos cesáreos<sup>(30)</sup>. A presença de lesões do assoalho pélvico durante a gravidez pode dobrar o risco de desenvolvimento de IU no período pós-parto, principalmente quando existe trauma de nascimento

anterior<sup>(29)</sup>. Ademais, correlacionam-se à gestação, o aumento de peso e da concentração dos hormônios progesterona e relaxina, como responsáveis pela dispersão das fibras de colágeno e das próprias adaptações mecânicas que ocorrem pela evolução do útero gravídico, manifestando um crescimento na taxa de filtração glomerular, que resulta em um aumento da excreção urinária<sup>(10)</sup>. Quando utilizada anestesia epidural, considera-se que, por prolongar o segundo estágio do trabalho de parto, as lesões do assoalho pélvico podem ser acentuadas<sup>(29)</sup>, apesar de haver controvérsias de que o relaxamento da mesma região, provocada pela referida técnica anestésica possa prevenir de forma direta e indireta os traumas durante o parto vaginal<sup>(14)</sup>. Outro fator predisponente para a IU é a idade materna acima de 30 anos<sup>(10)</sup>. A IUE pode persistir no puerpério em 29% das mulheres que apresentaram perda urinária durante a gestação e em 16% daquelas que tiveram uma gestação continente, sendo uma das maiores causas de morbidade nesta fase<sup>(10)</sup>. Pesquisas apontam que o desenvolvimento da IU durante a gravidez pode dobrar o risco do seu desenvolvimento no puerpério, e quando há relatos de IU pré-gravidez pode quadruplicar esse risco neste mesmo período<sup>(29)</sup>.

- **Idade.** Acomete um número maior de idosas, em geral a partir do climatério e menopausa. Fatores como hipoestrogenismo interferem na estabilidade pélvica e a comorbidades urinárias que podem alterar a capacidade da bexiga<sup>(14)</sup>.

- **Obesidade.** Agrava o desenvolvimento da IU, pela alta pressão intra-abdominal e aumento do peso na região da cintura e quadril, conseqüentemente, aumentando a pressão intravesical. Pesquisas mostram que mulheres que tinham obesidade mórbida e IU, ao realizar cirurgia bariátrica, e conseqüente emagrecimento, o percentual de queixa de IU diminuiu de 92% antes da cirurgia para 23% após o procedimento<sup>(14,24)</sup>.

- **Cirurgias ginecológicas.** Existe relação com histerectomias, visto que a excisão ou prolapso uterino comprometem as funções do assoalho pélvico e a retirada do útero, por sua vez, compromete as estruturas de sustentação da bexiga e uretra<sup>(14)</sup>.

- **Constipação intestinal crônica.** Afeta a função urológica com o estiramento do reto e compressão da bexiga, contribuindo para a retenção

urinária, infecção geniturinária, distensão e traumas musculares pela força realizada durante a evacuação<sup>(14)</sup>, agravada durante o período gravídico, em função de haver uma diminuição na motilidade intestinal<sup>(10)</sup>.

- **Doenças crônicas.** Fatores coexistentes como o diabetes e doenças neurológicas tornam o assoalho pélvico suscetível à contração muscular não inidida, em face da maior predisposição da pessoa em desenvolver neuropatias<sup>(14)</sup>.

- **Fatores hereditários.** Antecedentes familiares de IU têm se associado à predisposição do evento nas próximas gerações. Ao comparar as mulheres incontinentes com as mulheres continentas, estudo demonstra que a história familiar de incontinência foi 2,6 vezes maior nas mulheres incontinentes, apontando probabilidade maior de ter pelo menos um membro da família com IU<sup>(14)</sup>. Já com a variável etnia, existe controvérsia. Apesar de existir pesquisa apontando as mulheres da raça branca com maior prevalência de IU por esforço quando comparadas às negras, justificada pelas diferenças anatômicas ou resistência da uretra, bem como nas estruturas de suporte do assoalho pélvico, conforme hipótese sustentada por pesquisa, apontando a prevalência dos tipos de IU, de acordo com os sintomas, significativamente diferente entre mulheres negras, hispânicas e brancas<sup>(31)</sup>. Porém uma pesquisa brasileira refuta essa diferença em relação às distinções raciais, com base na cor da pele declarada ou observada, considerando a possibilidade de que parte das mulheres da amostra estudada poderia ter traços de herança negra<sup>(14)</sup>.

- **Uso de fármacos:** Alguns medicamentos podem contribuir para IU transitória, aumentando frequência e urgência urinária, como: os simpaticomiméticos e os parassimpaticolíticos, que atuam no trato urinário inferior e podem alterar a função vesical, piorando ou contribuindo para o aumento da frequência da perda urinária<sup>(14)</sup>, dentre os quais: ácido volproico, clonidina, clordiazepóxido, diazepam, digital, fenitoína, furosemida, isoproterenol, levodopa, lítio, metadona, metronidazol, neostigmina, terbutalina e vasopressina<sup>(7)</sup>.

- **Consumo de cafeína.** Por sua ação diurética, aumenta o volume urinário, causando instabilidade do músculo detrusor e, conseqüentemente perda involuntária de urina com hiperatividade detrusora<sup>(14)</sup>.

- **Tabagismo.** Geralmente associado à tosse, gera efeitos direto ou indireto na bexiga e uretra, danificando estruturas e mecanismos do esfíncter urinário, bem como pela deficiência de estrógeno causado por alguns componentes do tabaco, como a nicotina e o monóxido de carbono<sup>(14)</sup>.

- **Exercícios físicos.** Quando realizados de forma rigorosa, principalmente entre ginastas, exercícios que geram aumento da pressão intra-abdominal levam a IU<sup>(14)</sup>. As maiores prevalências ocorrem em esportes que envolvem atividades de alto impacto como: ginástica, atletismo e alguns jogos com bola, porém ainda não se sabe ao certo qual a real causa da IU em mulheres atletas, pois normalmente são jovens e nulíparas, podendo estar também correlacionados a distúrbios alimentares, os quais são frequentes em atletas<sup>(32,33)</sup>.

## 2.2 Impacto da IU na qualidade de vida.

As repercussões causadas pela IU são várias, desde deficiências orgânicas como problemas físicos ou sexuais, até econômicos e psicossociais, levando a restrições de atividades diárias, limitações profissionais pelo medo de perder ou exalar o odor de urina enquanto trabalham, principalmente em atividades que exijam esforços físicos<sup>(8,15,34)</sup>. Desse contexto, decorrem sentimentos de inferioridade, estresse e vergonha de sair de casa<sup>(10)</sup>, bem como gerar perda de confiança em si mesmo<sup>(34)</sup>.

A qualidade de vida das pessoas acometidas por IU é menor quando comparadas às continentais<sup>(34)</sup>. Esta afirmação é evidenciada por presença de depressão e doença do pânico<sup>(14)</sup>, sendo um crescente problema para o portador da incontinência, de sua família e cuidadores e para sistema de saúde na oferta de subsídios às demandas nos diversos níveis assistenciais<sup>(35)</sup>.

Pesquisas têm revelado real interesse em desvendar a interferência da IU na qualidade de vida das pessoas<sup>(14)</sup>. Esta reflete uma construção social relativizada por fatores culturais, caracteristicamente subjetivos e mutáveis. Sua compreensão como a percepção individual em um contexto específico de valores, objetivos, expectativas, padrões e preocupações recebe a influência de modelos

conceituais, nos quais o funcionamento físico e emocional repercute diretamente sobre fatores como papéis e interação social, relacionamentos, economia e espírito, numa dimensão coletiva que circunda a vida cotidiana <sup>(36)</sup>.

Nem todas as pessoas com IU apresentam incomodo ou sentimentos sociais incapacitantes, porém o estilo de vida das incontinentes pode incluir alteração nas rotinas diárias, evitando sair de casa, estar em contato com outras pessoas e privação de momentos de lazer. O exemplo de alguns destes, também, pode admitir o problema como algo normal, ocorrido com o envelhecimento ou gestação, portanto, sendo esperado para grupos de idosos e gestantes, o que retarda a procura por métodos que amenizem ou solucionem eventuais alterações no padrão vesical <sup>(11)</sup>.

Possivelmente, fatores étnicos, sociais e culturais estão associados com a forma divergente de busca por ajuda entre as mulheres de diversos grupos, isso porque muitos indivíduos ainda estigmatizam e marginalizam aqueles que apresentam problemas como a IU, por inúmeros motivos que se tornam obstáculos para sua detecção, considerando um problema minoritário, falta de consciência para o tratamento, atrelada a expectativas baixas quanto à sua eficácia, a vergonha e o constrangimento, crenças negativas relacionadas ao problema em si ou aos profissionais encarregados pelo cuidado, perspectivas religiosas e concepção social, estereótipos, aversão, dentre outros aspectos <sup>(20)</sup>.

Ao perceber que a perda urinária não é uma condição normal, emergem tentativas de lidar com o problema em situações em que a dificuldade de conter a urina armazenada está presente, levando-a a vivenciar um turbilhão de emoções e sentimentos, como a manifestação de desgosto, nervosismo, tristeza e apreensão quanto às percepções dos demais em relação a si <sup>(37)</sup>.

Representa uma fronteira social, na qual o indivíduo não se envolve de forma plena, ativa e igualitária na sociedade, com uma função social e psicológica que causa impacto considerável com a perda da autonomia fisiológica, suscitando sentimentos de vergonha, depressão, ansiedade, estresse, restrições cotidianas sociais; temos as visitas a amigos e entreter convidados em sua própria casa, levando ao estigma da pessoa incontinente e de seu cuidador, o qual também vivencia constrangimentos e desconforto diante de uma rotina desagradável, imposta pela perda de urina involuntariamente <sup>(38)</sup>. Viver com IU leva a pessoa a

modificar comportamentos para adaptar-se às inconveniências da perda urinária, fazendo uso de estratégias como uso de desodorizadores fortes, uso de roupas de cor escura, diminuição da ingestão de líquidos, suspensão de medicamentos que estimulem a eliminação urinária, procura imediata de banheiro em locais públicos e isolamento social<sup>(37)</sup>.

O medo, muitas vezes, está atrelado às situações em que a perda urinária ocorre em locais não apropriados, gerando estresse e grande impacto psicológico<sup>(36)</sup>.

Além dos problemas psicossociais, a IU pode comprometer a saúde física, especialmente as mulheres frágeis, idosas e que apresentam outras condições mórbidas, além da procura por banheiro de forma alarmante e rápida, contribuindo com maior risco de quedas e fraturas<sup>(39)</sup>.

Também gera algumas limitações funcionais, incluindo a insatisfação sexual, já que a sua prática se torna prejudicada, apesar de não se poder afirmar com exatidão se esse problema seja estritamente por perdas involuntárias de urina ou a outras comorbidades associadas, como o sobrepeso, o qual contribui para ambos os problemas<sup>(40)</sup>. A interferência da perda de urina na vida sexual foi referida por 41% de mulheres incontinentes, ocorrendo durante o ato em 26% delas, além do desconforto doloroso durante o coito (21%) e ausência de prazer (5%). Neste mesmo grupo, 33% referiram algum tipo de restrição social, 19% alterações na realização das atividades domésticas diárias e 15% com diminuição no desempenho profissional<sup>(41)</sup>.

### 2.3 Abordagem da IU por profissionais da saúde.

O problema da IU tem sido subestimado, frequentemente negligenciado e não tem recebido considerada atenção dos profissionais da saúde. Estes deveriam dedicar maior atenção ao diagnóstico, prevenção e tratamento<sup>(37)</sup>.

Essa situação não é diferente em outros países, como demonstra estudo conduzido nos Estados Unidos, onde a sintomatologia da IU é

frequentemente percebida como parte natural do envelhecimento, tanto por profissionais da saúde como pelas pessoas acometidas. Assim, os resultados apontam que, menos da metade das mulheres Americanas que sofrem de IU procuram tratamento e quando essas buscam profissionais da saúde por motivos diversos, na maioria das vezes, não são questionadas sobre tais sintomatologias, tornando o problema de saúde invisível e portanto gerando uma proporção significativa da patologia, clinicamente não diagnosticada<sup>(43)</sup>.

Uma avaliação inadequada e o diagnóstico errôneo do problema incontinente trazem consequências graves, como o emprego de tratamentos desnecessários e procedimentos invasivos inapropriados; é fundamental que a interpretação dos dados e dos diversos aspectos esteja solidificada em história clínica e exame uroginecológico adequados<sup>(43)</sup>.

Os sintomas do trato urinário inferior, muitas vezes, são conduzidos a cuidados simples e mal investigados, portanto, sendo necessária a realização de uma anamnese minuciosa para diagnóstico preciso e tratamento correto. Este processo é privilegiado com uma avaliação urodinâmica, com um estudo preciso da morfologia, fisiologia, bioquímica e hidrodinâmica do transporte urinário, durante o enchimento e esvaziamento vesical<sup>(44)</sup>.

Tal impacto afeta os diversos aspectos da vida cotidiana individual e coletivamente, sendo caracterizada, portanto como algo profundo e multidimensional, universo ainda pouco explorado na perspectiva do impacto nas intervenções de enfermagem<sup>(15)</sup>.

Uma pesquisa realizada em Campinas, com 56 profissionais que atuam na rede básica de saúde, enfermeiros (19), médicos clínicos gerais (10), médicos da família (10) e ginecologistas (17), apontou que 53% dos enfermeiros, raramente investigam ou não investigam a IU. Já os médicos, 50% dos clínicos gerais e 50% dos médicos da família raramente investigam ou não investigam, enquanto 100% dos ginecologistas realizam com frequência investigação sobre IU durante o atendimento às mulheres, sendo a IU de esforço a mais conhecida entre esses profissionais. Entretanto, quando esses foram questionados sobre os sinais e sintomas que investigam a IU de esforço foi a mais conhecida entre esses profissionais, sendo que 37% dos enfermeiros não conheciam os sinais e sintomas que deveriam ser investigados para identificar o tipo de IU, tendo como

conduta o encaminhamento dos pacientes a outros profissionais da saúde e quando a IU era percebida pelos ginecologistas citaram com maior frequência o tratamento cirúrgico <sup>(45)</sup>.

Assim, durante consulta de enfermagem, o enfermeiro deve realizar investigações sobre as características definidoras (sinais e sintomas) relacionados às alterações urinárias dos diagnósticos de enfermagem da NANDA, sendo este um dos primeiros profissionais que deveriam identificar a IU<sup>(14)</sup>. Pois quando as intervenções de enfermagem são eficazes, estima-se que a IU possa ser diagnosticada em até 90% dos casos <sup>(46)</sup>.

Nos diversos sistemas de saúde, o enfermeiro tem desempenhado papel fundamental no desenvolvimento de atividades e assistência individual para melhor continência, seja no cuidado ao hospitalizado ou na atenção primária<sup>(11)</sup>. Pesquisa aponta no Reino Unido e Suécia, durante a hospitalização por Acidente Vascular Cerebral, é de responsabilidade do enfermeiro a tomada de decisão para tratamento da IU, assim como de avaliar e gerir tal acometimento. Diferentemente desses países, na China é de domínio da equipe médica<sup>(15)</sup>.

Principalmente no período periparto, quando o risco de acometimento é maior, pouco se encontra nas pesquisas acerca de médicos, enfermeiros obstetras e fisioterapeutas utilizando-se de estratégias para prevenir a IU. Provavelmente, isso aconteça por falta de investigações, conhecimento sobre a prevalência e impacto do problema de saúde <sup>(29)</sup>. Estima-se que a consulta de enfermagem pré-natal representa uma das grandes oportunidades para educar a mulher quanto a sua saúde e os meios de prevenção da IU, onde o enfermeiro deve focar a função do assoalho pélvico e as consequências para essa região do corpo. De posse de tais informações, a gestante deve ser orientada quanto ao risco de ganho de peso, das constipações e obstipações intestinais, elucidando acima de tudo que este problema não é algo normal para este período e que deve ser reavaliado sempre que manifesto. Sendo estas consultas momentos ideais para cativar a gestante de maneira humanizada e individualizada<sup>(10)</sup>.

Uma pesquisa no Brasil com profissionais da enfermagem revela que a desinformação da população sobre os tratamentos e cura da IU é um fator agravante da desvalorização dos sintomas da mesma, levando a não procura por tratamento médico, principalmente quando o volume urinário perdido durante os

episódios de incontinência não causam incômodo. Portanto consideram o problema irrelevante e comum na vida das mulheres, conseqüentemente não procuram por tratamento<sup>(13.39)</sup>. Situação semelhante a de pesquisa conduzida em Taiwan, onde apenas um terço das mulheres com IU procuram tratamento médico<sup>(8)</sup>.

O enfermeiro deve assumir o compromisso de tentar reverter a falta de informação desta população, visto que tem competência técnica e legal para agir de forma assertiva para a reabilitação do assoalho pélvico<sup>(48)</sup>, atuando como intermediador na prevenção, diagnóstico e orientação para o manejo adequado da IU<sup>(41)</sup>.

O profissional deve atentar para o nível educacional, a fim de que os conhecimentos sejam compartilhados de forma equitativa, permitindo a compreensão adequada do problema e de como a pessoa incontinente deve lidar com os sintomas associados<sup>(49)</sup>.

A influência da IU na qualidade de vida representa um indicador fundamental para direcionar e justificar quais intervenções deverão ser realizadas, melhorando a autoestima, as relações pessoais, profissionais, de assertiva não contribuir com agravos à saúde do sujeito incontinente<sup>(17)</sup>.

A percepção do profissional de enfermagem neste tratamento é extremamente importante, para a condução de uma avaliação eficiente, com o estabelecimento de prioridades clínicas, identificação de déficits de conhecimento e barreiras para a educação e consciência do impacto do não tratamento e abandono de estratégias para a contenção da perda urinária<sup>(48)</sup>.

Menos de 50% das mulheres com o problema discutem seus sintomas e cuidados empregados na prevenção de saúde, as quais nem sempre recebem avaliação consistente por parte do profissional de saúde. Tal perspectiva reflete as crenças, as percepções e as emoções que atuam como componentes na busca de auxílio, como considerar o problema como algo esperado a alguma situação ou momento da vida, a vergonha e até mesmo o desconhecimento em relação aos cuidados de saúde<sup>(39)</sup>.

Apesar de apresentarem desconforto causado até mesmo por pequenas incontinências, a desvalorização dos sintomas e o constrangimento em relatar o problema a um profissional ocasionam omissão e sofrimento silencioso,

o qual, quando intensificado pela falta de compreensão da incontinência como uma doença, leva a pessoa a realizar o autocuidado de forma a desprezar o auxílio de alguém da equipe de saúde <sup>(48)</sup>.

O desconhecimento dos possíveis sintomas relacionados à IU interfere no manejo das atividades diárias e busca de tratamento, suscitando uma nova perspectiva, que aborda de forma mais ampla as semelhanças e diferenças dos sintomas em homens e mulheres, priorizando a detecção precoce e alívio de incômodos como dependência, frequência e urgência para chegar ao banheiro<sup>(21)</sup>.

Além disso, por ocorrer de forma esporádica e/ou diária, com intensidade variável, e por poder se manifestar em graus diferentes, desde leve a intensos episódios de perdas involuntárias de urina, muitas mulheres não buscam atendimento médico, comportamento o qual é maior vivenciado no período pós-menopausa, com o aumento do grau incontinente<sup>(34)</sup>.

Esta necessidade certamente seria suprida com melhor abordagem do tema durante a formação acadêmica e profissional, instrumentalizando tais profissionais no olhar crítico e sintomatológico do problema, o que permite intervenções mais ágeis e coerentes com o papel do cuidar <sup>(34)</sup>.

## 2.4 Assistência de Enfermagem na IU.

Durante o diagnóstico, o enfermeiro deve encorajar a pessoa com queixa de perda de urina a passar por uma avaliação criteriosa, mantendo um ambiente acolhedor e facilitador para a abordagem de sintomas, inclusive os de ordem emocional e psicossocial, ouvindo atentamente as preocupações do cliente. Quando orientado, este deve ser instigado a manter registros de eliminação urinária por cerca de quatro ou cinco dias, além da ingestão de líquidos e sólidos consumidos, medicações e horários de administração, reunindo informações para traçar os cuidados que minimizem o problema, como a mudança de dietas ou redução das dosagens de certos fármacos pelo médico, ações as quais podem ajudar a aliviar a incontinência urinária<sup>(7)</sup>.

Os cuidados de enfermagem devem estar fundamentados sistematicamente no conhecimento do problema e suas implicações biopsicossociais na vida do cliente, pautados ainda nos diagnósticos para planejamento e intervenções da equipe de saúde. Os diagnósticos de enfermagem da NANDA contemplam uma gama variada de fatores relacionados à disfunção urinária e características que definem o problema e facilitam o profissional de enfermagem a identificar o tipo de incontinência vivenciada por seu cliente, representando um elemento essencial no planejamento dos cuidados<sup>(19)</sup>.

Alguns diagnósticos de enfermagem podem ser usados no planejamento dos cuidados, como padrões alterados de eliminação, relacionados à incontinência urinária, e outros diagnósticos específicos às repercussões na vida do cliente, sejam psicológicas, físicas ou comportamentais<sup>(7)</sup>.

O sujeito incontinente anseia por respeito, sentindo-se amparado quanto ao problema enfrentado, requerendo atenção especial pela equipe de enfermagem. A atuação do enfermeiro deve ainda considerar a abertura de uma comunicação efetiva, com interação, respeito mútuo, o que exige o conhecimento de como o cliente reage psicossocialmente em face do problema, envolvendo mitos, estereótipos e expectativas<sup>(28)</sup>.

Após traçar os objetivos e planejamento dos cuidados de enfermagem, a implementação é uma das etapas mais importantes, por meio da qual, deverão existir acordos entre o profissional e o cliente, a cooperação e envolvimento familiar, conforme a realidade a ser vivenciada no tratamento, visto que envolvem terapias comportamentais, farmacológicas e cirúrgicas, dependendo dos fatores causais subjacentes e etiológicos associados<sup>(50)</sup>.

Durante o planejamento dos cuidados de enfermagem para tratar a incontinência urinária, o enfermeiro deve atentar para alguns aspectos importantes, os quais incluem o controle do ambiente, a monitorização de líquidos e eliminação urinária, controle de medicamentos e autocuidado com higiene, bem como na promoção de melhor hábito urinário, apoiado na prática de exercícios e cuidados com o períneo, com sondas, drenos e peso corporal. A eliminação urinária passa então a ser monitorada quanto à frequência, consistência, odor, volume, cor e eventuais períodos de deficiência no esvaziamento vesical, com registros de todas as informações pertinentes ao problema<sup>(51)</sup>.

Dentre as intervenções de enfermagem, a investigação dos fatores contribuintes com o episódio incontinente otimiza o tratamento e a prevenção de perdas involuntárias de urina, como observação da má iluminação, piso escorregadio, móveis e tapetes mal colocados, vaso sanitário inadequado, sobretudo quando o cliente apresenta déficits cognitivos e sensoriais que dificultam por si só o seu envolvimento com o ambiente. Outros cuidados importantes referem-se a promover um padrão miccional efetivo, o cuidado integral da pele e promoção de uma higiene pessoal adequada<sup>(27)</sup>.

O tratamento de enfermagem envolve o incentivo da prática destes exercícios, já que os benefícios são satisfatórios e tendem a controlar o problema, reforçando a musculatura pélvica e a resistência uretral<sup>(50)</sup>.

Quando não há contraindicação, a manutenção de uma ingesta hídrica ideal será necessária, a qual pode ser estimada entre 2.000 a 3.000 ml de líquido. Os sujeitos devem ser orientados a não aguardar sensação de sede para ingerir líquidos, espaçando-os por período de duas horas, diminuindo após o anoitecer e apenas o mínimo durante a noite. A diminuição da ingestão de café, chás, colas, álcool, sucos frutas ácidas, é indicada devido a seus efeitos diuréticos<sup>(27)</sup>.

No treinamento do hábito urinário, o cliente não deverá permanecer por tempo prolongado (acima de cinco minutos) no sanitário, realizando manobras e exercícios abdominais e em região púbica, para estímulo da micção. A oferta de privacidade e a determinação de horários completam o treinamento, o qual buscará a manutenção das idas ao banheiro aproximadamente a cada quatro horas, iniciando prescrições de micção a cada duas horas. Para isso, o enfermeiro deve oferecer reforço positivo quando a micção for controlada, e estabelecer intervalos para urinar conforme os padrões de eliminação individual de rotina, como atrelado a alguma atividade, ou ao levantar-se ou retirar-se para outro local<sup>(51)</sup>.

Os cuidados com problemas incontinentes devem ser pautados em objetivos sólidos, almejando o controle da continência. Dentre os resultados esperados para este controle por parte do sujeito incontinente, temos o reconhecimento do impulso e padrão previsível da passagem da urina, a resposta pontual ao impulso em horários estabelecidos, o esvaziamento vesical a cada episódio de micção, observação da ausência de vazamentos de urina durante

situações em que haja aumento da pressão abdominal. A manutenção das roupas secas e ausência de medicações que interferem no padrão miccional, além da ingestão de líquidos, também, deverá estar dentro dos padrões esperados, e as características da urina preservadas, como a coloração e o odor, presença de partículas e de dor à micção<sup>(52)</sup>.

## 2.5 Prevenção, tratamento e reabilitação da IU.

Sendo a gestação um fator de risco significativo para desenvolvimento da IU, o enfermeiro durante as consultas de enfermagem do pré-natal deve orientar as gestantes que, a IU não é um sintoma normal e que independente da via de parto, qualquer mulher poderia estar sujeita a sua ocorrência, devendo encorajá-las a adotar e manter padrões de vida saudáveis<sup>(10)</sup>.

Exames de rotina identificam taxas de IU em até 65% de mulheres durante a gestação, portanto, devendo privilegiar as gestantes de uma avaliação de saúde e emprego de medidas para diminuir a incidência de perdas involuntárias de urina durante e após a gravidez, principalmente com a realização de exercícios para o assoalho pélvico e conscientização de se conhecer o problema e busca de tratamento<sup>(29)</sup>. Ações preventivas durante este período devem ser empregadas de maneira consciente, com a identificação de outros fatores de risco como o sobrepeso, paridade, os hábitos intestinais inadequados, sintomas urinários, perdas involuntárias de urina durante esforços físicos, incluindo tossir, espirrar, agachar e levantar peso, sempre constatando eventuais problemas nas gestações anteriores e na atual, reunindo subsídios para a detecção precoce do problema<sup>(10)</sup>.

Somando-se a estes aspectos, a realização de exercícios para o fortalecimento perineal e assoalho pélvico a partir da 20ª semana e finalização na 36ª semana gestacional, realizando cerca de 40 contrações, em tempo de sustentação de 10 segundos, todos os dias, são extremamente importantes para a prevenção da IU, apesar de não ter sido evidenciado em alguns grupos de mulheres, principalmente no período puerperal<sup>(10)</sup>.

Inicialmente, a história clínica deve envolver uma anamnese criteriosa, incluindo aspectos importantes como: o início dos sintomas, a duração, a gravidade, as condições associadas e a descrição do impacto na qualidade de vida. Deve-se investigar o tipo de perda de urina, os fatores que pioram ou desencadeiam a perda urinária, a presença de doenças associadas, às medicações em uso e os tratamentos já empregados. Esta etapa deve fornecer informações que fundamentem o diagnóstico e os tratamentos a serem empregados. Além disso, durante a anamnese, os antecedentes traumáticos, as cirurgias raquimedulares e as queixas neurológicas associadas a alterações musculares, na marcha, na sensibilidade dos membros inferiores e dificuldades para esvaziamento vesical também devem ser valorizados<sup>(43)</sup>.

Para o tratamento e reabilitação da IU, recomenda-se avaliação urodinâmica, a qual deve identificar as causas específicas dos sintomas associados a incontinência, à disfunção miccional ou a sintomas irritativos do trato urinário. Principalmente quando indicada para intervenção cirúrgica, deve constar de exame clínico com bexiga cheia e posicionamento ginecológico, em pé ou sentada e emprego de ações como tossir e realização de manobras de valsalva para acarretar perdas de urina em face da possível IU. Envolve também avaliação da pressão uretral de perda de urina, a realização de exames de urina para constatação de correlação com os sintomas referidos pela cliente, testes com absorventes para documentar as perdas urinárias, que são identificáveis mediante a alteração do peso em uma grama em relação ao seu peso inicial, e a ultrassonografia para estimar o valor residual após a micção, a presença de tumores vesicais ou distorções pélvicas<sup>(43)</sup>.

Diferentes estratégias podem ser empregadas para a constatação da hiperatividade vesical, como o uso de diário miccional. Este recurso permite a avaliação da gravidade dos sintomas, com o registro dos medicamentos em uso, os sintomas vivenciados, a frequência miccional, o padrão de ingestão hídrica diária e o emprego de mecanismos para o controle ou manejo da perda urinária, como o uso de absorventes<sup>(43)</sup>.

Pode ser tratada por diferentes metodologias, incluindo tratamentos conservadores ou não cirúrgicos e cirúrgicos. Dentre os métodos conservadores, temos as intervenções no estilo de vida, com o treinamento da bexiga e terapias

físicas, como uso de cones, exercícios pélvicos e estimulação elétrica, visando ao fortalecimento da musculatura da pelve e aumento da tensão muscular periuretral com repetidas contrações e relaxamentos estimulados, e a farmacoterapia<sup>(53)</sup>.

Historicamente, vem sendo tratada com medicamentos e procedimentos cirúrgicos, porém já dispomos de outros métodos como exercícios para o assoalho pélvico, partindo para uma abordagem menos invasiva por meio de medidas fisioterápicas<sup>(49)</sup>. Isso se justifica pela falta de um programa específico para atender à IU<sup>(9)</sup>. Pois poucas pesquisas investigaram os efeitos de tratamentos conservadores<sup>(53)</sup>. Assim profissionais de saúde podem e devem oferecer cuidados adequados e acessíveis para pessoas acometidas pelo problema, constituindo os tratamentos conservadores como os primeiros cuidados<sup>(53)</sup>.

Os exercícios fisioterápicos para o fortalecimento do assoalho pélvico, o uso de cones vaginais e a eletroestimulação intravaginal têm contribuído de forma satisfatória para a melhora dos sintomas de IU em até 85% dos casos tratados, melhorando a força e a funcionalidade da musculatura acessória ao padrão miccional, no tônus e transmissões uretrais, bem como favorecimento de uma contração consciente e efetiva nos momentos de aumento da pressão intra-abdominal<sup>(17,54)</sup>.

Dão-se após diagnóstico, o qual inclui o registro completo dos dados sociodemográficos, com a história clínica e exames com análise da urina, testes urodinâmicos e medição de resíduo vesical. Tal detecção permite a implantação de intervenções preventivas para evitar ou amenizar sintomas, privilegiando a qualidade de vida e desempenho nas atividades diárias, além de investigar comportamentos que acentuem o problema, como a prática de exercícios físicos, ingestão de líquidos, padrão de micção, o consumo de álcool e medicamentos que possam interferir neste processo, como diuréticos e antagonistas dos canais de cálcio<sup>(55)</sup>.

Dentre os fármacos utilizados no tratamento, temos os agentes anticolinérgicos, os relaxantes musculotrópicos, os abridores de canais de potássio, os inibidores de prostaglandinas, os agonistas beta e alfa adrenérgicos, os antagonistas beta-adrenérgicos, o estrógeno e o hormônio antidiurético<sup>(56)</sup>.

A avaliação da eficácia dos tratamentos para problemas incontinentes, sobretudo os farmacológicos, baseia-se ainda na medição de parâmetros clínicos, como a frequência de episódios diários e medidas urodinâmicas, como a capacidade e volume miccional para preenchimento vesical durante cistometria, pressão máxima do músculo detrusor durante contração da bexiga, dentre outros aspectos. Além disso, muitas vezes a prioridade estabelecida é a de reduzir os riscos associados de complicações no trato urinário superior<sup>(57)</sup>.

O tratamento influi diretamente na satisfação, mediante a melhora da incontinência, como o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, tratamentos ambulatoriais para o aprendizado de exercícios e normas de higiene e esvaziamento vesical<sup>(58)</sup>.

As intervenções terapêuticas para o tratamento da IU devem ser ajustadas às necessidades de cada indivíduo, de forma individualizada, refletindo em cinco categorias, sendo elas<sup>(55)</sup>.

1. Modificação dos fatores de risco e hábitos de vida, como a dieta (redução do consumo de cafeína e ingestão de líquidos); controle da obesidade, tabagismo e consumo de álcool; evitar a constipação e atividades físicas que exacerbem o problema.

2. Formação de esvaziamento vesical, com planejamento de horários para recuperação do controle da bexiga, regular a passagem da urina e aumentar a sua capacidade para reduzir o número de episódios de incontinência.

3. Reabilitação do assoalho pélvico, mediante prática de exercício muscular pélvico, musculação vaginal com cones ou esferas e estimulação elétrica.

4. Uso de dispositivos absorventes e terapia medicamentosa.

5. Tratamento cirúrgico.

A escolha pelo tratamento da incontinência urinária dependerá da causa do problema, como a instabilidade do músculo detrusor e contrações anormais da bexiga, dentre outras causas internas e externas, desenvolvendo perdas de urina transitória ou estabilizada, as quais, quando tratadas primariamente, solucionam o problema incontinente. Dentre os exames diagnósticos, temos a radiografia, a cistoscopia, teste sanguíneo, análise urinária

e análises urodinâmicas para avaliação do controle urinário, capacidade vesical e urina residual<sup>(7)</sup>.

Ações voltadas ao comportamento do cliente atêm-se aos horários para utilização do banheiro, com o estabelecimento de esquema no qual a pessoa deva urinar a cada duas ou quatro horas, novo treinamento da bexiga e exercícios de Kegel. Quanto ao método farmacológico, medicamentos como o oxibutinina pode ser utilizado como antiespasmódico urinário e tratamento da bexiga neurogênica; e o tolterodina, administrado aos clientes com bexiga demasiadamente ativa, com sintomas de alta frequência urinária, oralmente com ou sem alimento em dose usual de 4mg/dia. Além disso, eventualmente incluem suspensão da uretra, injeções de colágeno ao redor da uretra e criação cirúrgica de um esfíncter urinário artificial<sup>(7)</sup>.

Os tratamentos para a IU sejam cirúrgicos ou conservadores, cada um é selecionado conforme as respostas fisiológicas e manifestação do problema de forma mais ou menos acentuada. A cirurgia é uma opção quando a incontidência é intensa e não há contraindicações para sua realização. Baseia-se na correção da hiper mobilidade do colo vesical, evitando assim a descida anormal da uretra, ou o aumento da resistência uretral em caso de insuficiência do esfíncter uretral<sup>(6)</sup>.

Há várias técnicas cirúrgicas disponíveis para correção de IU, estas dependem do grau de acometimento para a escolha adequada.

Dentre as diversas técnicas cirúrgicas para correção da hiper mobilidade uretral na IU, temos <sup>(6)</sup>:

- Uretrocistopexia à Kelly-Kennedy, por via vaginal, consiste na prega do tecido parauretral. Apesar de ser muito difundida, apresenta menores índices de sucesso em relação aos demais procedimentos;

- Colpo-uretrocistopexia à Marshall-Marchetti-Krantz, com sutura do tecido periuretral e bexiga ao osso púbico. As principais complicações são à angulação e conseqüente obstrução uretral, alteração da função do esfíncter e inflamação óssea do púbis;

- Colpo-uretropexia à Burch, realizada com a fixação dos tecidos paravaginais ao ligamento do Cooper (ileopectíneo). É mais utilizada em relação à anterior, visto que a estrutura para inserção das suturas é mais segura e apresenta menos riscos;

- Uretrocistopexia por via combinada sob controle endoscópico à Stamey-Pereyra, com a realização de suturas no tecido periuretral adjacente ao colo vesical e condução abaixo do púbis, através do espaço retropúbico até acima da fáscia do músculo retoabdominal. Esta apresenta uma maior correção da hiper mobilidade do colo vesical, evidenciando-se como importante técnica cirúrgica a ser adotada.

- Outras técnicas, como injeções peridurais de teflon, colágeno purificado, tecido adiposo autólogo, dentre outros materiais para aumentar a prega uretral; e o uso de *slings* de uretra média (reto púbico, *tension free vaginal* (TVT) ou transobturatório, *slings* fascial suburetral proximal, com a substituição das suspensões endoscópicas para manutenção dos resultados do tratamento realizado por um maior período de tempo.

O tratamento cirúrgico está indicado nos casos em que a continência urinária não é alcançada com as terapias comportamentais e farmacológicas, sendo as opções variáveis conforme a anatomia e o problema fisiológico, envolvendo o levantamento e estabilização da bexiga e uretra, do ângulo uretrovesical ou para alongar a uretra <sup>(50)</sup>.

Quanto aos tratamentos conservadores, estes são descritos a seguir <sup>(6)</sup>:

- Cinesioterapia: o diafragma da pelve constitui-se de músculos coccígeos e elevadores do ânus, além de duas fáscias que envolvem ambos os músculos. Esta estrutura é de suma importância para o funcionamento do assoalho pélvico, na sustentação de vísceras e sua topografia normal, fato o qual é prejudicado com o enfraquecimento da sustentação do colo vesical. Mediante os estudos, concluiu-se que exercícios para o fortalecimento da musculatura pélvica auxiliam neste processo de enfraquecimento, evitando-o ou amenizando suas implicações no desenvolvimento de problemas incontinentes. Inicia-se com a identificação desta musculatura, contraindo-a para melhor verificação dos feixes musculares a serem trabalhados, ou até mesmo realizar movimentos que pseudo-representariam uma sucção vaginal da água durante o banho. Após isso, realiza-se um programa de exercícios fisioterápicos até restabelecer a normalidade, seguindo de exercícios de manutenção por toda a vida, podendo ser empregada

como coadjuvante da terapia cirúrgica ou para tratamento da incontinência leve a moderada.

- Cones vaginais: cones com peso variável entre 20 a 100 gramas, que oferecem maior resistência à musculatura do assoalho pélvico. Verifica-se o peso inicial ideal a ser adotado para gerar sobrecarga estimulante ao reflexo sacral, e mediante contenção dos cones pelo músculo pélvico, aumenta-se gradativamente sua carga até o de mais peso. Este é introduzido pela mulher igualmente a um absorvente interno, durante a realização de exercícios cinesioterápicos e caminhada, estimulando a contração voluntária e involuntária dos músculos elevadores do ânus, fortalecendo-os e evitando a contração indesejável do abdome e glúteo.

- Eletroestimulação: utilizada para fornecer contração passiva da musculatura perineal nos casos de incontinência por urgência, já que inibe a atividade detrusora. Auxilia na contração do períneo em clientes que têm dificuldade em identificar esta musculatura para realização de exercícios, sempre empregado por meio de eletrodos endovaginais e/ou retais, conectados a um gerador de impulsos elétricos, estimulando involuntariamente as fibras musculares, para a recuperação do trofismo, necessário para estabelecer a continência da urina, bem como da reinervação das fibras musculares íntegras.

- Biofeedback: uso de aparelho para determinar a resposta muscular durante a realização de exercícios, como: fornecimento da intensidade de contração e sinais auditivos ou visuais desta ação, reforçando a atividade do centro cortical da continência e antecipação da contração do esfíncter uretral, mediante o aumento da pressão intra-abdominal.

Salienta-se a necessidade de se atentar para as diferenças nos sujeitos incontinentes, oferecendo tratamentos seguros, sejam farmacológicos ou mais invasivos, como a cirurgia, essencialmente entre os de maior faixa etária ou obesos, os quais apresentam mais dificuldades no controle das perdas involuntárias de urina e sintomas de urgência mais intensos<sup>(59)</sup>.

Pode-se afirmar que, em face do tratamento da IU, o paciente deve assumir o direito de participação na sua própria saúde, demonstrando papel ativo na busca de resultados mais satisfatórios, diante das terapêuticas a serem adotadas. Apesar disso, comumente, indivíduos portadores do problema não

expõem de forma concisa todos os aspectos vivenciados num universo regido por inúmeros fatores que contribuem com o envolvimento desta população no tratamento, como os observados entre países europeus, onde mulheres apresentaram comportamento ativo e passivo de forma equilibrada, sendo que dentre as mulheres com maior faixa etária e/ou sintomas mais expressivos de IU, apresentavam tendência de assumir a passividade nas tomadas de decisões<sup>(60)</sup>.

Isso representa um desafio para os profissionais de saúde, na busca de formas alternativas de abordagem e tratamento, reconhecendo o estabelecimento do diagnóstico precoce e a implantação de intervenções preventivas e terapêuticas<sup>(18)</sup>.

## 2.6 IU associada à infecção do trato urinário.

As infecção do trato urinário (ITU) agudas ou crônicas podem predispor episódios de IU<sup>(61)</sup>. Esta é uma patologia frequente, que ocorre em todas as idades, do neonato ao idoso, durante a infância e principalmente na fase pré-escolar. As meninas são acometidas por ITU 10 a 20 vezes mais do que os meninos. Na vida adulta, a incidência de ITU se eleva e o predomínio no sexo feminino se mantém, com picos de maior acometimento no início ou relacionado à atividade sexual, durante a gestação ou na menopausa, de forma que 48% das mulheres apresentam, pelo menos, um episódio de ITU ao longo da vida<sup>(62,63)</sup>.

Existem, também, vários fatores predisponentes do hospedeiro que participa na patogenia da ITU. A frequência de ITU aumenta com a idade, em ambos os sexos, e na mulher idosa, além da menopausa, alterações anátomo-funcionais da bexiga relacionadas ou não à multiparidade, e o próprio acúmulo de infecções recorrentes, acabam por aumentar a incidência de ITU nesta faixa etária. Assim, a própria infecção urinária estimula a hiper-reflexia do detrusor e a endotoxina da *E. Coli* inibe as contrações a-adrenérgicas uretrais, reduzindo a pressão esfínteriana e resultando em IU<sup>(62)</sup>.

A partir dos 35 anos, a iatrogenia (ex: cateterismo uretral ou cirurgia ginecológica), e as disfunções miccionais (causadas por prolapso ginecológicos

e/ou incontinência) são os principais fatores de risco responsáveis pelo aumento da incidência da IU nesta faixa etária <sup>(64)</sup>.

Dentre as situações transitórias, que levam à perda da capacidade em controlar a urina, as infecções do trato urinário apresentam os seguintes sintomas: disúria, polaciúria, urgência miccional, dor em baixo ventre, arrepios de frio ou calafrios, com presença ou não de dor lombar. Podem fazer parte do quadro clínico: mal-estar geral e indisposição. Além desses fatores, a urina pode apresentar aspecto turvo e fétido. Diversas estratégias, envolvendo diferentes esquemas terapêuticos, levam à cura da infecção e consecutivamente da melhora da IU <sup>(61,62,64)</sup>.

## 2.7 Ônus Econômico ao sistema de saúde.

A IU, um problema comum entre adultos, que aumenta com a idade, atingindo pacientes neurológicos e parcela significativa de pacientes crônicos, com alta prevalência e impacto social, com implicações na saúde mental e aumento das despesas de saúde em todo o mundo <sup>(55)</sup>.

Dentre outros efeitos adversos, temos o aumento da carga do cuidador, perda da produtividade e predisposição para a institucionalização dos custos econômicos <sup>(65)</sup>.

Os custos de uma doença são descritos de forma direta, com as despesas individuais e pessoais e as despesas para o tratamento, financiados pelos sujeitos incontinentes e por subsídios do governo e pela própria sociedade. Além disso, temos os custos indiretos, como a perda da produtividade no trabalho doméstico e profissional, e sofrimento psicossocial. Além disso, o impacto econômico da IU é reflexo das despesas, referentes aos cuidados às pessoas incontinentes nos lares de idosos e uso de próteses e cuidados domiciliares de enfermagem, contribuindo com taxas consideráveis dos recursos públicos, na área da saúde <sup>(12)</sup>.

As estratégias de higiene para conter as perdas involuntárias de urina como: absorventes, paninhos, fraldas geriátricas e lavagem mais frequentes de

roupas, entre outros, geram custos diretos com a higiene, principalmente por uso de produtos sanitários e de higiene pessoal. Sendo assim, foi realizado um estudo com 645 mulheres atendidas pelo setor de uroginecologia e cirurgia vaginal da Escola Paulista de Medicina da Universidade de São Paulo (UNIFESP), para quantificar tais custos<sup>(66)</sup>.

Nestes, identificou-se que 57% das mulheres acometidas pela IU utilizaram alguma proteção na roupa íntima, gerando custos mensais mediano de R\$ 29,10; 34% declararam troca frequente de roupa íntima; 19% trocam de roupas (calças, saias e outros) e 16% troca dos lençóis, totalizando custos medianos mensais com lavagem de roupa de R\$ 7,7; 32%; Das mulheres que já tinham realizado cirurgias anteriores, estimam-se gastos pelo recurso do SUS R\$ 398,91 para cirurgia, caso tenha utilizado técnica de Burch. Do total de atendimentos, 19% foram encaminhadas para tratamentos conservadores ou cirúrgicos durante um período de 12 meses, sendo que desses encaminhamentos, foram 54% para fisioterapia e 46% para cirurgia. Os custos médicos direto geraram em média R\$ 40,32, para custos com diagnóstico, por procedimento cirúrgico pela técnica de Burch R\$ 364,68, encaminhados à fisioterapia por pelo menos 20 sessões R\$ 89,00, pelo total de sessões<sup>(66)</sup>.

Além disso, a cirurgia, um dos métodos usuais para o tratamento de problemas incontinentes, envolve procedimentos invasivos que, eventualmente, podem gerar complicações ou iatrogenias, e por ser de maior custo para o sistema de saúde, muitas vezes, não é a primeira alternativa para o tratamento da IU. Sabe-se que outras opções mais conservadoras são avaliadas e de acordo com a severidade do problema, indicadas como abordagem inicial<sup>(17)</sup>.

Estes custos suscitam preocupações quanto à criação de serviços específicos para atendimentos à população, quanto ao desenvolvimento de pesquisas científicas, que permitam o melhor manejo da disfunção, de forma eficiente<sup>(49)</sup>.

Estudos acerca do ônus financeiro, acarretado pela IU, estimam valores de até 26 bilhões de dólares em 1995 com indivíduos com 65 anos ou mais nos Estados Unidos; 710 milhões entre 1995 e 1998 na Austrália, enquanto na Suécia, os gastos com o problema correspondem acerca de 2% das despesas totais de saúde. A perda da produtividade e os custos intangíveis aos cofres

públicos geram variações de sete a 41 euros por habitante/dia, dependendo do país e estrutura para atendimento da população. Estima-se que a Alemanha gastará cerca de sete bilhões de euros para o ano de 2050, sem incluir os encargos impostos sobre a família, amigos e cuidadores, o que provavelmente duplicaria os custos<sup>(12)</sup>.

O custo referente à IU torna-se preocupante, diante de estimativas que referem gastos entre 16 e 26 bilhões de dólares, incluindo o consumo de produtos absorventes, lavanderia e tratamentos farmacológicos e cirúrgicos, sendo deste montante apenas 4% destinados à avaliação e gestão dos cuidados com a IU<sup>(39)</sup>.

Os custos financeiros e humanos decorrentes das implicações médicas, principalmente, no tratamento cirúrgico é algo notável, seja pelas despesas intraoperatórias, o emprego de terapias medicamentosas e intervenções, muitas vezes, não elucidadas por investigação urodinâmica. Sabe-se que existem diferentes técnicas conservadoras e não conservadoras para o tratamento da IU, e que agregam ônus econômico, inclusive quando o emprego orçamentário é desnecessário em casos tratáveis como de menor complexidade<sup>(43)</sup>.

Mesmo com os prejuízos biopsicossociais e econômicos, o número de procura por tratamento ainda é pequeno, variando de 6% a 14% dentre os incontinentes, e em mais de 50% dentre as mulheres. Os autores consideram tal ocorrência pela visão do problema sem a seriedade necessária, atrelada ao envelhecimento, baixa expectativa nos benefícios dos tratamentos, desconhecimento de onde obtê-lo, hesitação ou medo de consultar profissionais de saúde e pelos custos elevados das consultas<sup>(47)</sup>.

No Brasil, a atenção básica de saúde não dispõe de programas de reabilitação do assoalho pélvico, os quais poderiam ser implementados e conduzidos por enfermeiros treinados; estes ajudariam numa melhor qualidade de vida, principalmente das mulheres que são mais acometidas pela IU, diminuiriam os custos do seu tratamento que são elevados, causando impacto econômico individual e público<sup>(47)</sup>.

Além de pesquisas que identifiquem a IU, são necessários projetos que avaliem as intervenções e seu impacto. Já que o enfermeiro tem o compromisso social de reverter esse quadro de falta de informação e de oferta de serviços, pois

tem competência técnica legal para agir, dispondo de cursos de especialização na área de estomatoterapia e urologia para adquirir habilidades necessárias, caso não tenha recebido na graduação<sup>(47)</sup>.

### **3. DELINEAMENTO DO PROBLEMA, OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA DA PESQUISA**

Em face do conhecimento já produzido acerca do objeto de estudo, observa-se a IU como um problema de Saúde Pública com prevalência relevante, entretanto ocupa um plano quase de invisibilidade no escopo da avaliação e de intervenções dos profissionais de saúde, ficando, na maioria das vezes, aprisionado nas difíceis experiências de enfrentamento, principalmente por mulheres que passam a conviver com a sobrecarga que o problema acarreta na vida de cada uma, primeiramente por uma questão cultural, de que a IU se constitua em um fenômeno natural do envelhecimento da mulher, somada a falha na formação dos profissionais de saúde para que possam intervir na mudança desse contexto, por meio da promoção, prevenção e tratamento da IU, apoiadas em Políticas de Saúde de incentivo ao rastreamento e o apoio no diagnóstico e no tratamento da IU conduzidos pelo SUS. Fatos estes que poderiam conferir melhores condições de qualidade de vida às pessoas que padecem silenciosamente.

Em face do contexto, pergunto: — Como se configura a experiência de mulheres com IU? A experiência vivenciada, atualmente, corrobora com o conhecimento já produzido por pesquisas anteriores?

Na tentativa de responder a essas perguntas, proponho os seguintes objetivos:

- Compreender a experiência de mulheres com IU?
- Elaborar um modelo teórico representativo dessa experiência.

Com esse estudo, pretendo aprofundar o conhecimento acerca da experiência de mulheres acometidas pela IU, analisando sua vivência, à luz do referencial teórico-metodológico do Interacionismo Simbólico e da Teoria Fundamentada nos Dados, como tentativa de ampliar a compreensão sobre o objeto, uma vez que não foram encontradas pesquisas conduzidas sob esses referenciais. Justamente num momento que se espera o aumento de prevalência do problema para os próximos anos, quando se pensa no fenômeno de

envelhecimento populacional brasileiro. Desta maneira, penso que essa pesquisa possa subsidiar intervenções.

## 4. ABORDANDO O MÉTODO

### 4.1 Optando pela metodologia qualitativa

Escolhemos a metodologia qualitativa, mediante a pretensão de descrever os fenômenos que compõem experiência de mulheres com IU.

O método qualitativo é recomendado quando se tem pouco conhecimento sobre um fenômeno ou se pretende descrevê-lo de acordo com o ponto de vista do sujeito. Ademais, este tipo de pesquisa, geralmente, é conduzido no ambiente natural, a fim de que o contexto, no qual o fenômeno ocorre seja considerado como parte do mesmo<sup>(67)</sup>.

Para essas autoras, as abordagens qualitativas são indutivas, isto significa que hipóteses e teorias emergem durante o procedimento de coleta e análise dos dados, onde o pesquisador examina os dados buscando descrições, padrões e relações hipotizadas do fenômeno, então retorna ao campo para obter mais dados e testar a hipótese. Dessa forma, a teoria vai sendo construída passo a passo, ajustando-se ao contexto da pesquisa e relevante somente para este período de tempo.

Dentre os principais referenciais teóricos e metodológicos utilizados nos estudos qualitativos, optamos pelo Interacionismo Simbólico e pela *Grounded Theory*, em português, conhecida como Teoria Fundamentada nos Dados.

## 4.2 Descrevendo os fundamentos teóricos dos referenciais.

### 4.2.1 Interacionismo Simbólico: referencial teórico.

Quatro aspectos importantes distinguem essa abordagem das demais da Psicologia:

- o interacionismo simbólico cria uma imagem mais ativa do ser humano e rejeita a imagem deste como um organismo passivo e determinado. Os indivíduos interagem e a sociedade é constituída de indivíduos interagindo<sup>(68)</sup>.
- o ser humano é compreendido como um ser agindo no presente, influenciando não somente pelo que aconteceu no passado, mas pelo que está acontecendo agora. A interação acontece neste momento, o que fazemos agora está ligado a essa interação<sup>(68)</sup>.
- interação não é somente o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que acontece dentro dos indivíduos. Os seres humanos atuam em um mundo que eles definem. Agimos de acordo com o modo que definimos a situação que estamos vivenciando, embora essa definição possa ser influenciada por aqueles com quem interagimos, ela é também resultado de nossa própria definição, nossa interpretação da situação<sup>(68)</sup>.
- o interacionismo simbólico descreve o ser humano mais ativo no seu mundo do que outras perspectivas. O ser humano é livre naquilo que ele faz. Todos definimos o mundo em que agimos e parte dessa definição é nossa, envolve a escolha consciente, a direção de nossas ações em face dessa definição, a identificação dessas ações e a de outros e a nossa própria redireção<sup>(68:103)</sup>.

Os conceitos do interacionismo simbólico são: símbolo, *self*, mente, assumir o papel do outro, ação humana e interação social<sup>(68)</sup>.

### • Símbolo

É o conceito central, pois, sem os símbolos não podemos interagir uns com os outros. Eles pertencem a uma classe de objetos sociais, usados para representar alguma coisa<sup>(68)</sup>.

Os símbolos são desenvolvidos socialmente, por meio da interação; eles não são concordados universalmente dentro dos grupos humanos, mas são arbitrariamente estabelecidos e mudados pela interação dos seus usuários; existe uma linguagem de sons e gestos que é significativa e inclui regras, permitindo que se combinem os sons ou gestos em declarações significantes. Para ser simbólico, o organismo cria ativamente e manipula símbolos na interação com os outros<sup>(68)</sup>.

### • Self

No Interacionismo Simbólico, o *self* é um objeto social em relação ao qual o indivíduo age. O ator configura o *self* na interação com os outros. O *self* não somente surge na interação, mas como todo objeto social definido e redefinido na interação. Surge na infância, inicialmente, por meio da interação com os pais e outros significativos, mudando constantemente na medida em que a criança vivencia novas experiências, interagindo com outros. “Como eu me vejo, como eu me defino, o julgamento que faço de mim mesmo é altamente dependente das definições sociais que encontro durante minha vida”<sup>(68:82)</sup>.

### • Mente

Mente é a ação, ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self*. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo. É a comunicação ativa com o *self* por meio da manipulação de símbolos. O mundo é transformado em um mundo de definições por causa da mente; a ação é resposta não a objetos, mas a interpretação ativa do indivíduo a esses objetos<sup>(68:92)</sup>.

É a interação simbólica do organismo humano com seu *self*<sup>(68)</sup>.

### • Assumir o papel do outro

Esse conceito está intimamente relacionado aos anteriores, porque consiste em atividade mental e torna possível o desenvolvimento do *self*, a aquisição e o uso de símbolos e a própria atividade mental. “É por meio da mente

que os indivíduos entendem o significado das palavras e ações de outras pessoas”<sup>(68:103)</sup>.

- **Ação humana**

A interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso da ação.

As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito, que envolve a definição da situação e esta, por sua vez, envolve interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo ator que é central para como a ação ocorrerá<sup>(68:125)</sup>.

- **Interação social**

Conforme apresentamos, todos os conceitos básicos para o Interacionismo Simbólico surgem da interação, bem como são parte dela.

Quando interagimos, nós nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self*, engajamo-nos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro<sup>(68:149)</sup>.

Assim, o reconhecimento da existência de atividades como essas, permite a compreensão da natureza da interação.

#### **4.2.2 Teoria Fundamentada nos Dados: referencial metodológico.**

Segundo os idealizadores da teoria fundamentada nos dados (TFD), essa metodologia consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente<sup>69</sup>.

Para eles, a teoria significa uma estratégia para trabalhar os dados em pesquisa, que proporcionam modos de conceitualização para descrever e explicar<sup>(69)</sup>.

Eles apresentam um método de análise comparativa constante, onde o pesquisador, ao comparar incidente com incidente nos dados, estabelece categorias conceituais que servem para explicar o dado. A teoria, então, é gerada

por um processo de indução, no qual categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas conforme o trabalho avança, uma vez que, as categorias começam a emergir dos dados<sup>(69)</sup>.

Esse é um processo descrito como amostragem teórica e o pesquisador decide que dados coletar em seguida, em função da análise que vem realizando. Nesse sentido, a amostragem adotada não é estatística, mas teórica, uma vez que o número de sujeitos ou situações que devem integrar o estudo é determinado pelo que eles denominaram de saturação teórica, ou seja, quando as informações começam a ser repetidas e dados novos ou adicionais não são mais encontrados<sup>(69)</sup>.

### 4.3 As atrizes participantes.

A saturação teórica foi obtida a partir da análise da 18ª entrevista com mulheres acometidas por IU, na faixa etária de 41 a 81 anos, sendo que todas tinham o diagnóstico médico, entretanto sete não estavam se tratando no momento, sete em tratamento conservador e quatro em pós-tratamento conservador (Tabela 1).

**Tabela1. Caracterização das mulheres acometidas por IU.**

<b>Ator</b>	<b>Idade</b>	
1	78a	Não tratadas no momento
2	75a	Não tratadas no momento
3	76a	Não tratadas no momento
4	58a	Não tratadas no momento
5	54 a	Não tratadas no momento
6	41 a	Não tratadas no momento
7	81 a	Não tratadas no momento
8	72 a	Em tratamento conservador
9	77 a	Em tratamento conservador
10	67 a	Em tratamento conservador
11	83 a	Em tratamento conservador
12	69 a	Em tratamento conservador
13	73 a	Em tratamento conservador
14	63 a	Em tratamento conservador
15	60 a	Pós tratamento conservador
16	63 a	Pós tratamento conservador
17	59 a	Pós tratamento conservador
18	59 a	Pós tratamento conservador

#### 4.4 Local da pesquisa.

O campo de investigação foi a Clínica de Fisioterapia, instalada no campus da USC - Bauru, São Paulo, conveniada ao SUS, com características multidisciplinar de atendimento à população.

#### 4.5 Estratégias para coleta e análise dos dados.

Antes de realizar a coleta de dados, o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa, na forma de projeto de pesquisa, conforme

Resolução No 196, de 10 de outubro de 1996, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, tendo o parecer favorável com o N° OF 048/06 do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo 1 e 2).

A coleta de dados ocorreu no período 2007 à 2009, conduzida por meio da técnica de entrevista.

Foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos atores, quando se agendou data e local que favorecesse a abordagem para os depoimentos. Ademais, foram informadas sobre: os objetivos do estudo, a dinâmica da entrevista audiogravada, a garantia do anonimato e a destruição das fitas após o procedimento de transcrição das narrativas.

Considerando-se o interesse dos sujeitos em participar do estudo, foi solicitada a leitura e assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

Diante disto, a coleta de dados ocorreu, por meio de entrevistas não diretivas, tendo como questão de partida: — Como tem sido a sua experiência em vivenciar a IU?

Essa questão foi formulada aos atores pelo próprio pesquisador, em ambiente que pudesse assegurar a privacidade das informações.

A análise dos dados foi realizada de acordo com o método da TFD, tendo como orientação as estratégias básicas para a formação de categorias, apresentadas por Straus, Corbin<sup>(70)</sup>.

TFD significa teoria que deriva a partir de dados sistematicamente coletados e analisados por meio do processo de investigação. Neste método, as fases de coleta de dados, análise e a elaboração de uma teoria se mostram intrínsecas. O pesquisador não começa um projeto com uma teoria preconcebida (a menos que seu objetivo é elaborar e ampliar uma determinada teoria). Em vez disso, o pesquisador permite que a teoria emerja dos dados. É mais provável que as teorias derivadas dos dados se assemelham mais à realidade do que aquelas formuladas a partir de uma série de conceitos já estabelecidos. Os estudos conduzidos por meio da TFD são desenhados a partir dos dados e, portanto, são susceptíveis a oferecer uma compreensão em profundidade. A contento, os seus passos de análise são:

1. Microanálise: análise detalhada linha por linha, necessária para gerar categorias iniciais (com suas propriedades e dimensões), sugerindo relações entre as mesmas e uma combinação de codificação aberta e axial.

2. Codificação aberta: processo analítico, por meio do qual são identificados os conceitos e suas propriedades e as dimensões são descobertas nos dados. Conceituando o processo de agrupamento de itens similares de acordo com algumas propriedades definidas e dando aos itens um nome que significa essa ligação comum. Na conceituação, podemos reduzir grandes quantidades de dados. Um conceito é uma representação abstrata de um evento, objeto ou ação/interação que um investigador identifica como sendo significativa nos dados. As categorias são conceitos derivados a partir de dados que representam fenômenos. O importante a lembrar é que uma vez que os conceitos começam a se constituir, o analista deve iniciar o processo de agrupá-los ou classificá-los em termos mais abstratos, ou seja, categorias. Uma vez que uma categoria é identificada, torna-se mais fácil de lembrar que, para pensar sobre isso, e (mais importante) a desenvolver em termos de suas propriedades e dimensões e de diferenciá-lo, quebrando-a em suas subcategorias, isto é, explicando quando, onde, por que, como e assim por diante de uma categoria que possam existir.

3. Codificação axial: é o processo de relacionar as categorias às suas subcategorias, denominadas de codificação axial, porque ocorre em torno do eixo de uma categoria, ou seja, ligando categorias, segundo suas propriedades e dimensões sistematicamente. Na codificação axial, nosso objetivo é desenvolver e relacionar as categorias. Esta etapa de análise é importante porque estamos construindo a teoria. Classificar as relações entre conceitos e subconceitos pode ser difícil; para tanto, deve-se ter em mente que não é a noção de condições, as ações/interações, e as consequências que é significativo, mas sim, o importante é descobrir as formas que as categorias se relacionam entre si. O paradigma é apenas um dispositivo que os analistas podem usar para pensar sobre essas relações. Embora útil, o paradigma nunca deve ser usado de formas rígidas, caso contrário, torna-se o fim e não o meio.

4. Codificação seletiva: processo de integração e de aprimoramento da teoria. Na integração, as categorias são organizadas em torno de um conceito

central de motivos. A integração ocorre ao longo do tempo, começando com os primeiros passos na análise e muitas vezes não termina até a redação final. Uma vez que o compromisso é estabelecido com uma ideia central, as principais categorias são relacionadas a ela por meio de notas explicativas das relações (memorandos). Várias técnicas podem ser utilizadas para facilitar o processo de integração. Estes incluem dizer ou escrever a história, utilizando diagramas, classificação e notas de revisão, e programas de computador (Straus, Corbin, 1998).

Para facilitar a compreensão do processo alfanumérico de codificação utilizado na pesquisa, verifique-se abaixo o incidente extraído da entrevista no processo de análise linha a linha, bem como a identificação da atriz e o número de paginada entrevista onde o código foi extraído.

Incidente	Atriz	Nº da página relativa à entrevista onde foi extraído o incidente
Relatando melhora após tratamento fisioterápico	17	1

Os quadros dispostos no Anexo 3, agrupam os códigos por semelhança de significados, os quais dão sustentação teórica aos conceitos abstraídos e que por sua vez configuram o modelo teórico (a experiência).

## 5. RESULTADOS: A EXPERIÊNCIA DE MULHERES COM IU.

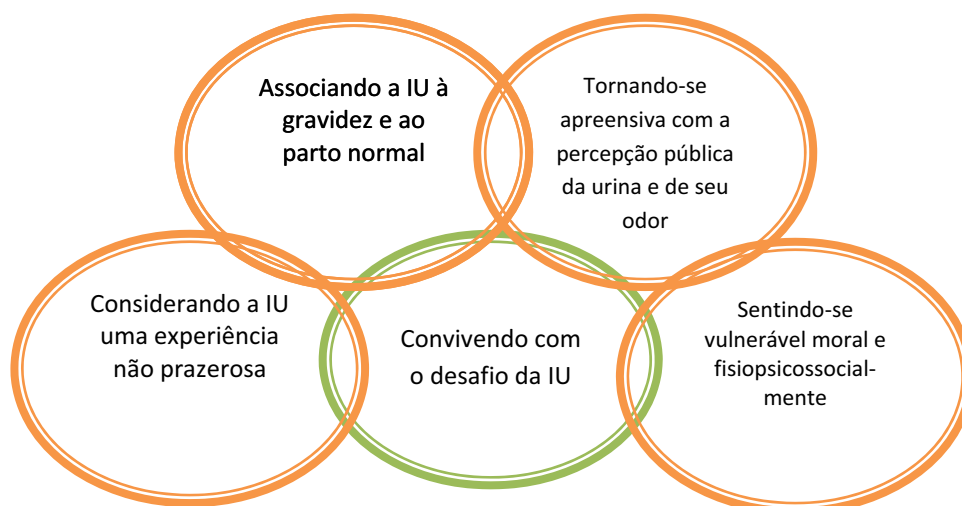
Seguindo o referencial metodológico da TDF, a experiência de mulheres com IU se configurou com a descoberta de dois fenômenos: convivendo com os desafios da IU e vivendo entre a esperança e a desilusão de se reabilitar da IU. Do processo de realinhamento dos componentes (temas, categorias e subcategorias) que compõem esses fenômenos, emergiu a categoria central — entre o sofrimento e a esperança: o apoio e o acesso à reabilitação da IU como componentes intervenientes.

A contento, segue a experiência.

### 5.1 Descobrimos os fenômenos.

#### **Fenômeno A. Convivendo com os desafios da IU.**

Retrata a concepção de mulheres que sofrem com o impacto da IU, moral e fisiopsicossocial, acerca de um problema de saúde de difícil superação, adquirido em sua maioria, a partir de experiências com a gravidez e o parto vaginal. Este fenômeno agrega quatro temas: considerando a IU uma experiência não prazerosa; associando a IU à gravidez e ao parto normal; tornando-se apreensiva com a percepção pública da urina e do odor; sentindo-se vulnerável moral e fisiopsicossocialmente (Diagrama 1).



**Diagrama 1. Fenômeno A. Convivendo com o desafio da IU: temas.**

### **Tema A1. Considerando a IU uma experiência não prazerosa.**

Trata-se da avaliação da mulher, acerca de seu processo vivencial com a IU, fundamentado de sentimentos repulsivos, emersos da interação com sua própria experiência que, na maioria das vezes, interrompe o seu projeto de vida e o direito de continuar vivenciando o bem-estar, enquanto o problema persistir (Quadro 1).

[...] É muito desagradável, deixou-me tolhida do que fazia antes [...], não consigo controlar a saída da urina. Não é uma incontinência muito grave, mas sempre atrapalha meu bem estar [...] (Atriz 1).

[...] A gente fica chateada, por não se sentir bem. Deixa inibida, chateada! [...] A IU [...] é horrível! [...] (Atriz 17)

### **Tema A2. Associando a IU à gravidez e ao parto normal.**

Trata-se da correlação realizada pela mulher, sobre o aparecimento da IU, como um fenômeno natural, associado à gravidez, podendo ser vivenciado durante a primeira e agravada com a multiparidade, sendo o peso do bebê e o parto vaginal, componentes que contribuíram para tal (Quadro 2).

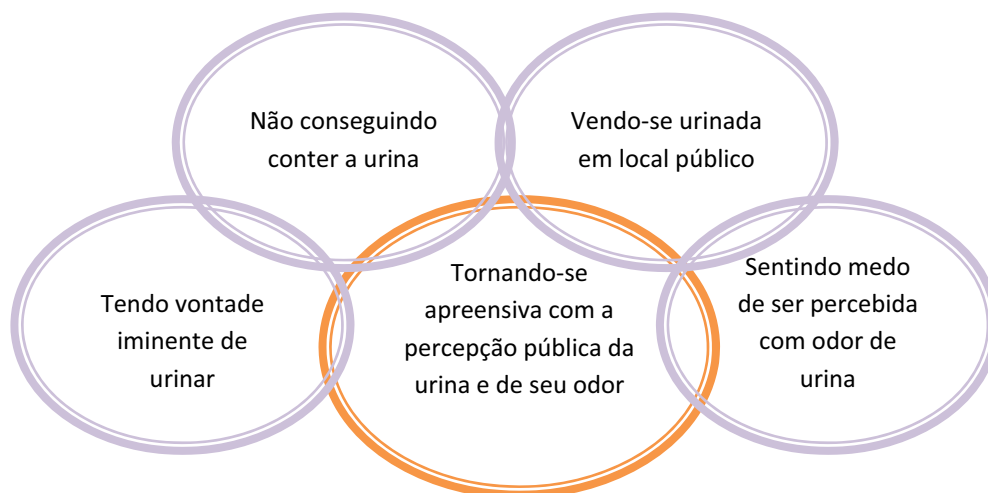
[...] Quando eu fiquei grávida do meu primeiro filho, ele era muito grande, tive que fazer cesárea. Durante a gravidez, às vezes, eu estava passeando, andando com meu marido ou uma caminhada não muito longa e soltava urina também. [...] Tenho três filhos, o primeiro foi bem maior do que os outros dois, e eu me lembro mais, o primeiro marcou mais (Atriz 1).

[...] Eu fui ao médico e ele disse que a IU é comum, pois tive três filhos por parto normal. Então dilatou e acontece isso [...] (Atriz 5).

[...] Tive dois filhos por parto cesariano. Só que da primeira filha engordei bastante, uns 20 quilos [...]. Desde que ela nasceu senti alguma coisa [...], depois emagreci bastante e parece que deu uma melhorada. Após a segunda gestação piorou a IU [...] (Atriz 6).

### **Tema A3. Tornando-se apreensiva com a percepção pública da urina e de seu odor.**

Exprime a perda da autonomia do exercício do autocontrole sobre a micção, tendo como consequência a percepção iminente de urinar. Fato que a torna apreensiva, almejando vontade de se mover ao banheiro, antecipando à fatalidade da perda involuntária, assim como de exalar o odor da excreção. Este tema abarca quatro categorias: tendo vontade iminente de urinar; não conseguindo conter a urina; vendo-se urinada em local público; sentindo medo de ser percebida com o odor de urina (Diagrama 2).



**Diagrama 2. Tema A3. Tornando-se apreensiva com a percepção pública da urina: categorias.**

### **Categoria A3.1. Tendo vontade iminente de urinar.**

Trata-se do desejo imediato de urinar, sabendo que não pode contar com o autocontrole, para tanto a disponibilidade de sanitários nos locais onde frequenta, torna-se imprescindível para que a pessoa com IU não se sinta vulnerável à situação constrangedora de se ver urinada em local público (Quadro 3).

[...] É mais difícil de controlar a micção, [...] não posso ir aos lugares que ia antes, [...] porque estou em um lugar e preciso correr para um banheiro, necessitando urinar [...]. Fico apurada, mais nervosa [...]. Depois de duas horas, em geral, fico com vontade de urinar, com aquele aperto, [...] tenho vontade iminente de urinar e de ir ao banheiro [...].  
(Atriz 1)

### **Categoria A3.2. Não conseguindo conter a urina**

Trata-se da constatação de uma evidência que não suscita qualquer dúvida para aquela mulher que passa a vivenciar a perda involuntária de urina (Quadro 4).

[...] Dependo de banheiro para não urinar na roupa, porque sabe uma torneira quando abre? Minha bexiga é assim! Ela é igual uma torneira quando abre e sai água. Falo água para não falar urina. É assim que faz, como uma torneira! [...] Às vezes, eu estou indo ao banheiro da casa de minha filha e quando vejo, começo a soltar urina pelo corredor. Não consigo segurar, mesmo respirando fundo e fazendo exercícios (Atriz 2).

[...] É Chato. Se ficar segurando e não ir ao banheiro, qualquer movimento, qualquer coisinha a urina sai [...] (Atriz 4).

### **Categoria A3.3. Vendo-se urinada em local público.**

Trata-se de um acontecimento que causa sofrimento e grande prejuízo físico, moral e emocional para aquela mulher exposta publicamente ao infortúnio de se ver urinada (Quadro 5).

[...] Estou em um ambiente e ai sai urina, quando dou muita risada sai, começo a tossir sai [...] (Atriz 8).

[...] Eu urinei em toda roupa. Fiz um montão de urina, eu estava com a bexiga cheia, por causa do exame, e foi parar até no chão e molhou toda minha roupa. Não segurei e não seguro mesmo, vai tudo para baixo [...] (Atriz 9).

[...] Esses dias, eu estava no fogão, comecei a dar risada e tive que correr ao banheiro, mas saiu! Saiu de uma vez! [...] Outro dia, quando passeava pelo calçadão com minha irmã, saiu tudo pelas pernas. Nessa época eu não usava nada, achava que saia só um pouquinho. Tive que parar e deixar descer tudo no chão! Enquanto isso minha irmã ria, ria. Sorte que eu estava de saia e não apareceu muito (Atriz 4).

### **Categoria A3.4. Sentindo medo de ser percebida com odor de urina**

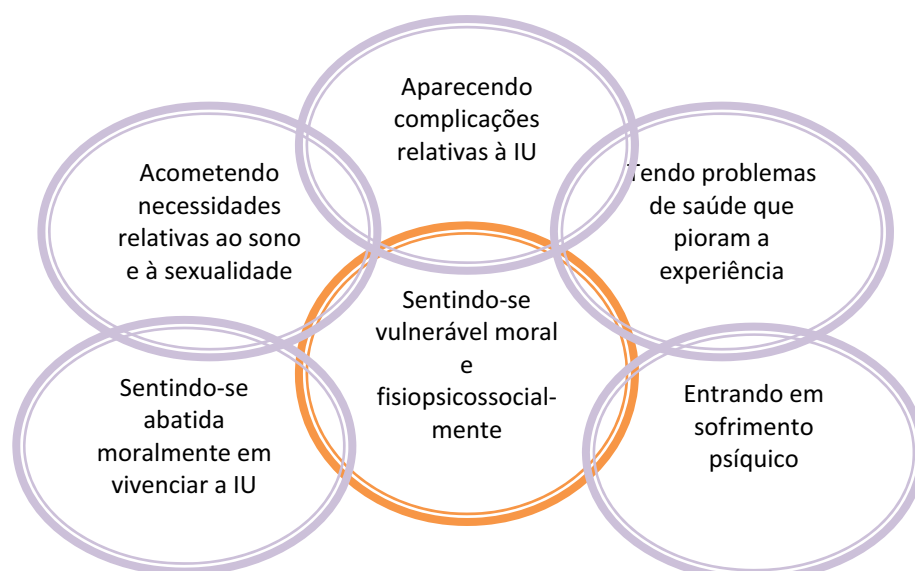
Significa o estado afetivo suscitado pela consciência do perigo de ser percebida com as roupas molhadas ou de exalar o odor da excreção perante outras pessoas. Trata-se de um evento que gera ansiedade, receio, apreensão

acerca de um episódio extremamente desagradável para um grupo de mulheres acometidas pela IU, enquanto outras negam incômodo com o odor. (Quadro 4).

[...] A gente é condicionada a viver com absorvente, aquele absorvente é diferente de quando usado para menstruação, aquela urina bate ali e é um terror, pareço que estou impregnada na pele, é horrível [...] (Atriz 16)

#### **Tema A4. Sentindo-se vulnerável moral e fisiopsicossocialmente.**

Decorre da percepção de mulheres, acerca de sua experiência com a IU, considerada um evento não prazeroso, que interrompe o seu plano de vida, promovendo o sofrimento psíquico, mediante a sua vulnerabilidade continua de passar pelo constrangimento de estar transgredindo um preceito socialmente estabelecido, de que só as crianças podem urinar na roupa e usar fraldas. Este tema reúne cinco categorias: sentindo-se abatida moralmente em vivenciar a IU; acometendo necessidades relativas ao sono e à sexualidade; aparecendo complicações relativas à IU; tendo problemas de saúde que pioram a experiência; entrando em sofrimento psíquico (Diagrama 3).



**Diagrama 3. Tema A4. Sentindo-se vulnerável moral e fisiopsicossocialmente: categorias.**

#### **Categoria A4.1. Sentindo-se abatida moralmente em vivenciar a IU.**

Decorre da insegurança, em face do medo do ridículo; urinar na roupa perante o seu próprio julgamento e dos outros, significa romper com um preceito socialmente estabelecido acerca das eliminações. Admitem-se perdas de urina na criança e no idoso e não na fase adulta, mas mesmo assim os idosos procuram evitá-la (Quadro 6).

[...] Embora eu tenha bastante idade, ainda fico com vergonha, não quero que aconteça isso perto de outras pessoas [...] (Ariz 3).

[...] Para ser bem franca, eu me sinto humilhada. Sinto que é uma coisa desagradável, fico com medo de perder urina e que isso aconteça perto de outras pessoas. Se eu estiver em algum lugar fora de casa, eu tenho medo disso [...] (Atriz 3).

[...] Quando eu saio para viajar tenho que usar fralda e vou como um bebê. Sempre vou à casa de meu irmão, no ônibus fico com medo. A distância é longa. Vou eu de fralda [...] (Atriz 18).

#### **Categoria A4.2. Acometendo necessidades relativas ao sono e à sexualidade**

Trata-se das necessidades afetadas da mulher com IU, relativas à sexualidade e ao sono, em face da insegurança e conseqüentemente do medo de perder urina durante o ato sexual e quando dormindo. Situações estas, que as levam a urinar antes do coito ou até se esquivarem de qualquer relação interpessoal com o sexo oposto, ao ponto de não frequentar espaços sociais que possibilitam os encontros, a exemplo do clube da vovó, assim como, o medo de urinar na cama, levando-as a interromper o sono várias vezes à noite (Quadro 7).

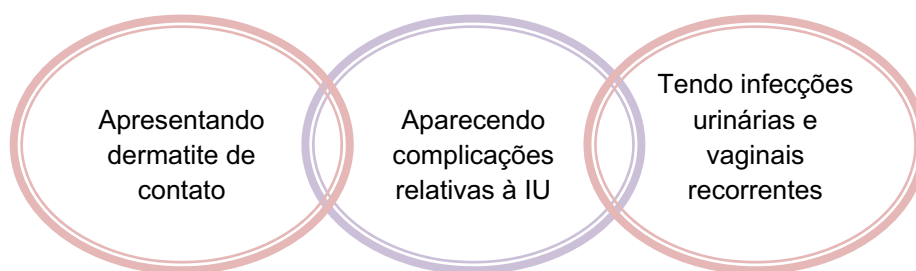
[...] Não posso nem arrumar um companheiro [...]. Ainda bem que não apareceu [...]. Fui uma pessoa que fiquei muito dentro de casa, não procurei passear, não fui ao clube da Vovó, não fiz nada! [...] Não estou agüentando mais! [...] A noite, não dá tempo de levantar para ir ao banheiro, já tenho até uma bacia que comprei para urinar [...]. Perdi a confiança em mim mesma, então isso me prejudica, até para dormir [...] (Atriz 2).

No ato sexual, penso: — Será que eu vou urinar? Assim, antes vou ao banheiro e é ruim! [...]. Não gostaria de ter este problema (Atriz 6).

Meu problema é maior à noite [...], tem vezes que levanto seis vezes para me trocar, pois estava toda molhada (Atriz 11).

### **Categoria A 4.3. Aparecendo complicações relativas à IU.**

Reúne as complicações relativas ao fato de a genitália permanecer úmida por coletores de urina, tornando a pessoa com IU mais suscetível a apresentar processos inflamatórios da pele, principalmente nas virilhas e infeccioso do sistema geniturinário, quando comparadas às continentas. Esta categoria reúne duas subcategorias: apresentando dermatite de contato; tendo infecções urinárias e vaginais recorrentes (Diagrama 4).



**Diagrama 4. Categoria A3.3. Aparecendo complicações relativas à IU: subcategorias.**

#### **Subcategoria A4.3.1. Apresentando dermatite de contato.**

Trata-se de processo inflamatório da pele, desenvolvido por mulheres com IU, que usam continuamente coletores de urina (Quadro 8).

[...] A fralda é muito quente, tenho alergia [...], quando fico molhada, assa mais ainda [...]. Eu não aceito aquela fraldona, não aceito, porque me dá alergia nas virilhas [...] (Atriz 2)

### **Subcategoria A4.3.2. Tendo infecções urinárias e vaginais recorrentes**

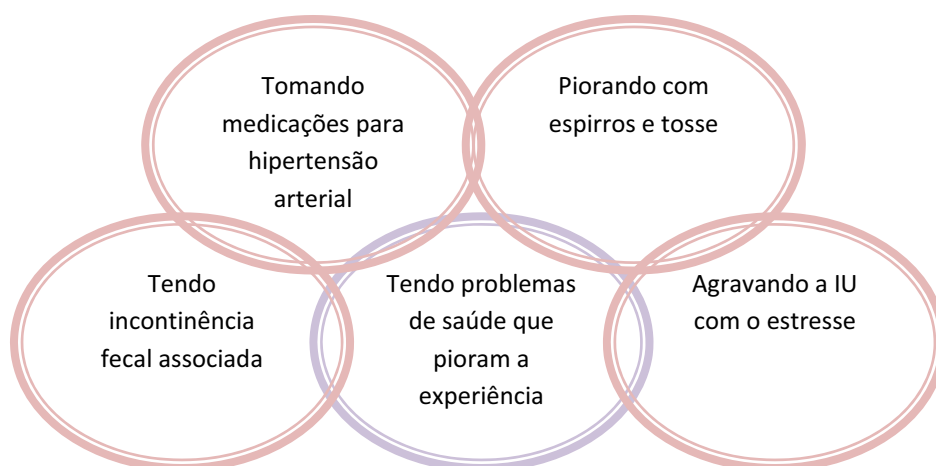
Significa o reconhecimento da mulher de sua suscetibilidade a processos infecciosos geniturinário estar relacionada ao fato de ser portadora de IU (Quadro 8).

[...] Quando tive infecção de urina, a médica disse que poderia ser por vários motivos: uma calcinha mal passada, do sabão ou do amaciante. Eu disse que usava absorvente por causa da incontinência, ela me perguntou o que eu fazia quando chegava a casa: falei que tirava o absorvente e não a calcinha, e ela falou que poderia ser umidade da calcinha essa infecção [...] (Atriz 14)

[...] Esses dias atrás minha urina ficou escura, com mau cheiro, chegou até manchar minhas calcinhas. Fiz tratamento, ainda estou injetando um creme para melhorar (Atriz 18).

### **Categoria A4.4. Tendo problemas de saúde que pioram a experiência**

Trata-se de um conjunto de problemas de saúde que, associados à IU, aumentam os episódios de perdas involuntárias de urina e ou a sobrecarga da experiência, conforme reunidos nas quatro subcategorias: tendo incontinência fecal associada; tomando medicações para hipertensão arterial; piorando com espirros e tosse; agravando a IU com o estresse (Diagrama 5).



**Diagrama 5. Categoria A4.4. Tendo problemas de saúde que pioram a experiência: subcategorias.**

#### **Subcategoria A4.4.1. Tendo incontinência fecal associada**

Trata-se daquele grupo de mulheres que, além das queixas associadas à IU, a perda involuntária de fezes e flatus, também, têm ajudado a aumentar o sofrimento das mesmas (Quadro 9).

[...] Sei que agora o intestino começou também a soltar, tem semana que não consigo segurar, quando vejo, já fiz tudo na roupa! (Atriz 2)

[...] Tem dia que as fezes também ficam soltas, e não da para segurar. Fico horrível [...] (Atriz 9)

#### **Subcategoria A4.4.2. Tomando medicações para hipertensão arterial sistêmica**

Trata-se da percepção de que o tratamento medicamento para a Hipertensão Arterial Sistêmica contribui para o aumento das perdas involuntárias de urina (Quadro 9).

[...] Sou hipertensa e tomo medicamentos para controle desta (Atriz 12).

[...] Tenho hipertensão e uso remédios, tomo um monte de remédios eu estou cansada disso, piorando minha IU (Atriz 9).

### **Subcategoria A4.4.3. Piorando com espirros e tosse**

São situações reflexas involuntárias como espirros e tosse, mais comum em estados gripais, contribuindo com o aumento da perda urinária. Este fato faz com que um grupo de mulheres, temerosas de tais episódios, decida usar coletores por segurança (Quadro 9).

[...] Espirro forte! Espirra dos dois lados (Atriz 4).

[ ] No meu caso piora a IU, quando eu espirro ou tusso [...] (Atriz 10).

[...] Comecei a notar minha IU, quando eu tive uma crise de tosse. Percebi este problema porque tossia e urinava na roupa [...] (Atriz 14).

### **Subcategoria A4.4.4. Agravando a IU com o estresse.**

É a percepção da mulher com IU de que as perdas involuntárias tendem a aumentar quando em estado de estresse (Quadro 10).

[...] O médico falou que meu problema da IU, atinge o emocional e em períodos de estresse piora [...] (Atriz 2).

### **Categoria A4.5. Entrando em sofrimento psíquico**

Significa a dor psíquica decorrente de uma experiência permeada de sentimentos não prazerosos, que por fim acomete o plano de vida e a autoestima da mulher que vivencia a IU (Quadro 11).

[...] É horrível! Não tenho liberdade, porque quando dá vontade de urinar não consigo segurar, se segurar é um desastre [...]. É tristeza mesmo que eu tenho, porque a IU é duro [...] (Atriz 4)

[...] Fico apreensiva para sair, [...] eu fico triste [...] (Atriz 6)

### Fenômeno B. Vivenciando a esperança e a desilusão de reabilitar-se da IU.

Retrata o movimento da experiência de mulheres com IU, compreendido perante a percepção das mesmas, acerca de disponibilidade do apoio e acesso ao processo de reabilitação do problema de saúde, sinalizado pelo empenho médico de encaminhá-la ao tratamento conservador e cirúrgico, caso a primeira opção não se configure como eficaz. Caso contrário, ela emergirá num processo de sofrimento, ao notar que o seu sonho de romper com os desafios da convivência com a IU, torne-se distante de se materializar no restabelecimento da continência. Situação, também, vivenciada por mulheres com doenças crônicas, sem condições clínicas para intervenções cirúrgicas. Este fenômeno reúne dois temas: adotando estratégias paliativas ao não ver perspectivas de melhora; vendo perspectivas de melhora ao descobrir possibilidades de tratamento da IU (Diagrama 6).

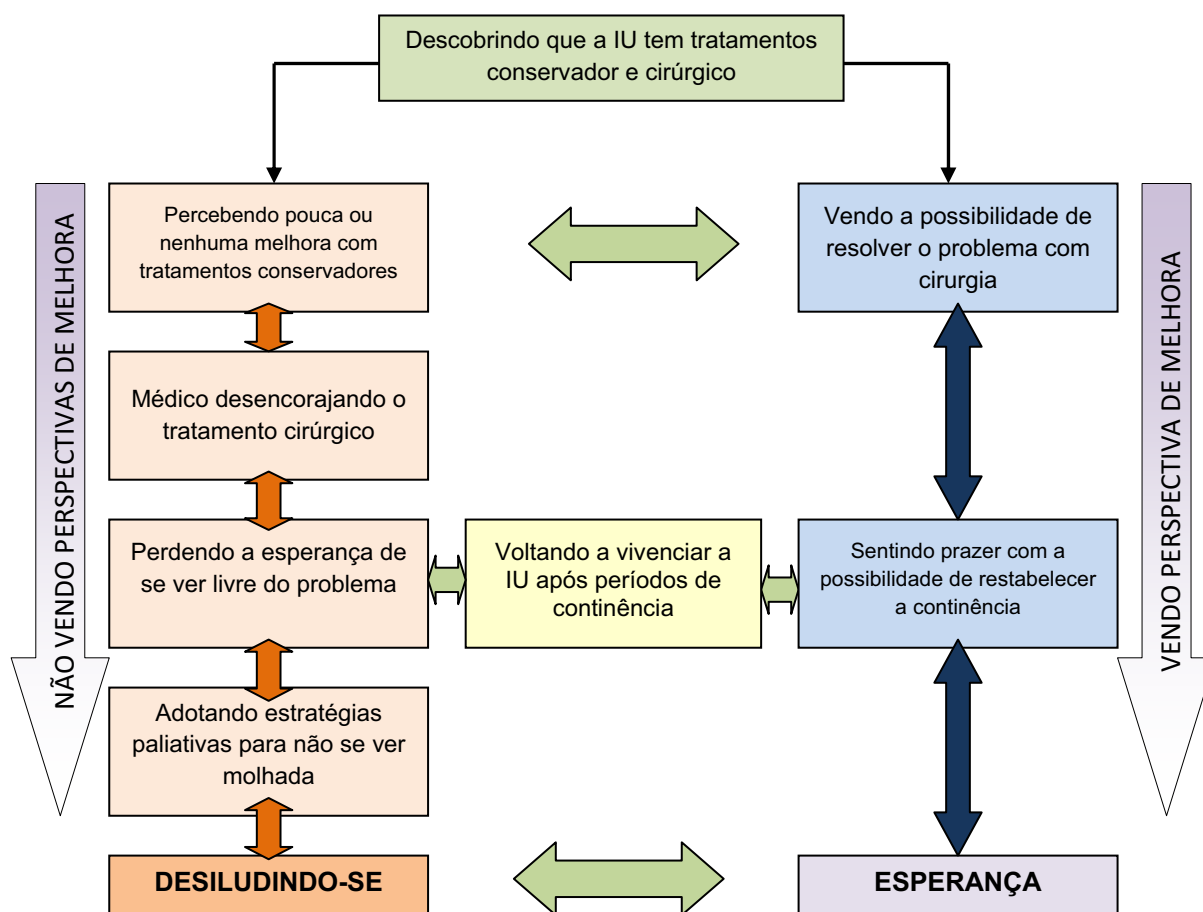
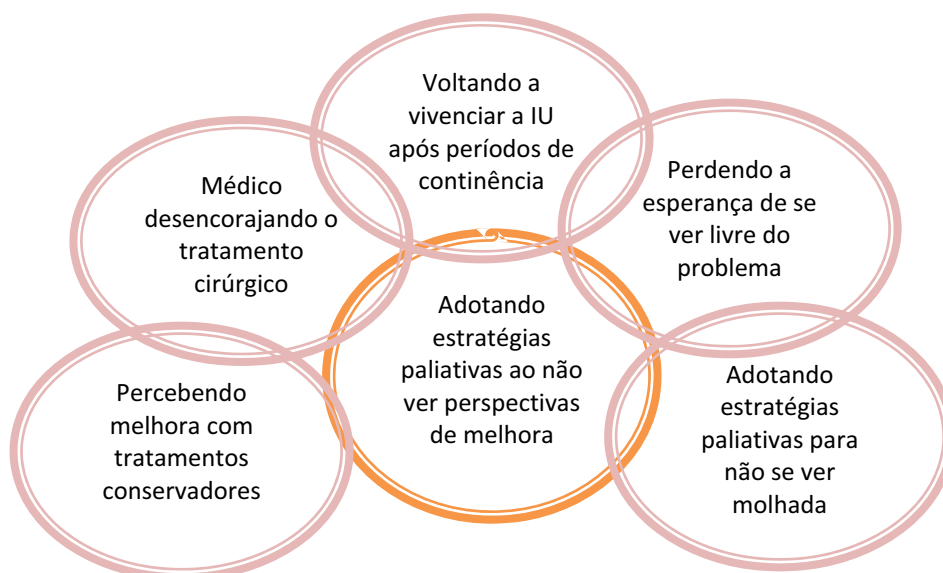


Diagrama 6. Fenômeno B. Entre a esperança e a desilusão de reabilitar-se da IU por meio do tratamento cirúrgico.

### **Tema B1. Recorrendo às estratégias paliativas ao não ver perspectivas de melhora.**

Retrata a experiência daquele grupo de mulheres tomado pelo sentimento de tristeza ao se ver dependente de estratégias paliativas para a IU, mediante as frustrações com o tratamento conservador, assim como com a falta de apoio médico para o cirúrgico. Este tema abarca cinco categorias: não percebendo melhora com tratamentos conservadores; médico desencorajando o tratamento cirúrgico; voltando a vivenciar a IU após períodos de continência; perdendo a esperança de se ver livre do problema; adotando estratégias paliativas para não se ver molhada (Diagrama 7).



**Diagrama 7. Tema B1. Adotando estratégias paliativas ao não ver perspectivas de melhora: categorias.**

#### **Categoria B1.1. Percebendo nenhuma melhora com os tratamentos conservadores.**

Significa a compreensão de que os seus esforços em aderir aos tratamentos conservadores, sejam eles fisioterápicos e ou medicamentosos fracassaram ou o processo de reabilitação não foi suficiente para livrá-la da IU (Quadro 12).

[...] Não melhorei nem com a fisioterapia [...]. A fisioterapia machuca a gente. Pois a fisioterapeuta coloca um aparelho dentro da vagina, com vibração, então quando colocava, doía, quando tirava doía [...] (Atriz 4)

**Categoria B1.2. Médico desencorajando o tratamento cirúrgico.**

É uma atitude do profissional médico que desperta sentimento de impotência naquelas mulheres que não se sentem apoiadas no encaminhamento para o tratamento cirúrgico ou por não apresentar condições clínicas para tal (Quadro 13).

[...] o médico não quer me operar, pois além de eu ser incontinente, agora surgiu um mioma, sou diabética, hipertensa, e ele disse que não convém mexer, por causa do diabetes, disse que se conseguir agüentar sem fazer a cirurgia é melhor, isso causa um transtorno na vida [...] (Atriz 18).

**Categoria B1.3. Voltando a vivenciar a IU após períodos de continência**

Significa voltar a vivenciar perdas de urina após alcançar um período de continência (Quadro 14).

[...] aconteceu que peguei um resfriado, com tosse e espirro, voltou um pouco minha IU [...] não como era antes, mas um pouco, deixei de fazer fisioterapia, gripei! [...] (Atriz 16).

**Categoria B1.4. Perdendo a esperança de se ver livre do problema**

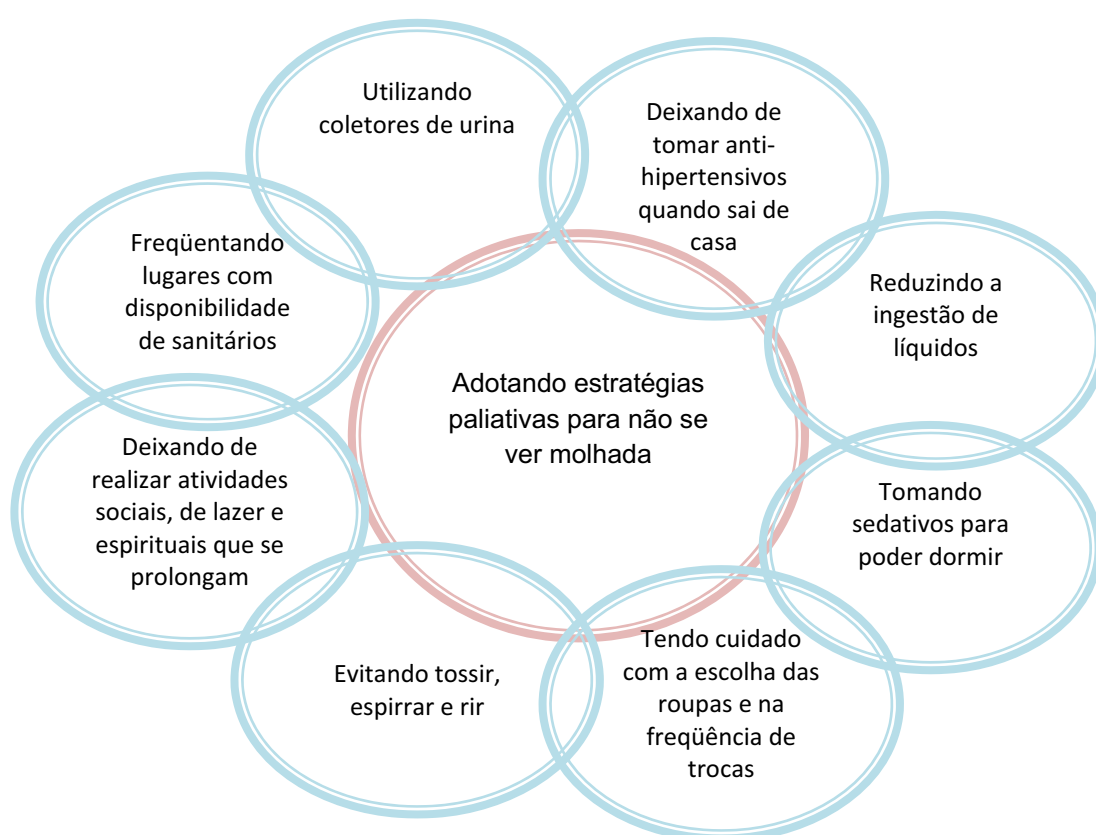
Significa a perda de qualquer expectativa de se ver reabilitada de um problema que a compromete moral e fisiopsicossocialmente (Quadro 15).

[...] Então é isso minha vida, tenho que me conformar ou vou ao médico e ele me opera ou fico assim até morrer, ai morre e não urina (Atriz 2).

**Categoria B1.5. Adotando estratégias paliativas para não se ver molhada.**

Significa a utilização de um conjunto de recursos de ordem atitudinal (corporal, psíquica, social) ou material com objetivo de diminuir, temporariamente,

a vulnerabilidade de se ver ou ser vista urinada, entretanto para aquele grupo de mulheres que perde a esperança de se ver livre da IU, existem grandes chances de se constituir em uma situação permanente de dependência de tais recursos. Esta categoria reúne oito subcategorias: deixando de realizar atividades sociais, de lazer e espirituais que se prolongam; frequentando lugares com disponibilidade de sanitários; utilizando coletores de urina; deixando de tomar anti-hipertensivos quando sai de casa; reduzindo a ingestão de líquidos; tomando sedativos para poder dormir; tendo cuidado com a escolha das roupas e na frequência de trocas; evitando tossir, espirrar e rir (Diagrama 8).



**Diagrama 8. Categoria B1.5. Adotando estratégias paliativas para não se ver molhada: subcategorias.**

### **Subcategoria B1.5.1. Deixando de realizar atividades sociais, de lazer e espirituais que se prolongam**

Trata-se de uma das estratégias utilizadas por mulheres incontinentes que a movem à reclusão de atividades sociais que se prolongam, desenvolvidas

anteriormente à IU e que agora, com o medo de se sentirem em estado de urgência miccional e perante o perigo de se verem urinas em público, passam a se absterem de atividades que lhes davam prazer (Quadro 16).

[...] Fico tolhida do que fazia antes, passeios, viagens, recepções que se prolongam muito, missas e festividades na igreja [...] (Atriz 1).

[...] Não frequento mais sociedade, às vezes tem lanche com alguma amiga, eu vou, mas estou em casa de gente muito conhecida, onde posso ir ao banheiro [...] Tenho menos medo de fazer feio quando estou com pessoas conhecidas, do que em lugares onde eu possa chamar a atenção para isto diante de desconhecidos [...] (Atriz 3).

### **Subcategoria B1.5.2. Frequentando lugares com disponibilidade de sanitários**

Significa uma das estratégias utilizadas por mulheres com IU de só frequentarem lugares com sanitários disponíveis ao público e, mesmo assim, tomam o cuidado de certificar a localização dos mesmos, pois as suas experiências têm demonstrado que nem sempre as pessoas são solidárias em oferecer um banheiro na hora de urgência, quer seja residencial ou comercial, principalmente se não for cliente (Quadro 16).

[...] Quando saiu, no lugar tem que ter banheiro, é a primeira coisa que eu olho e pergunto onde fica [...] (Atriz 6).

[...] Então você sai correndo atrás de um banheiro, tem que correr. Outro dia corri da Nossa Caixa até nas Lojas Americanas, porque onde estava não me deixaram usar o banheiro, por não ser cliente. Então eu corria e a urina ia saindo, saindo [...] (Atriz 18).

### **Subcategoria B1.5.3. Utilizando coletores de urina**

Trata-se do uso de coletores de urina não invasivos, como denominados “paninhos” ou até toalhas, absorventes íntimos ou fraldas geriátricas. Há relatos do uso de bacias próximas à cama, principalmente à noite, para evitar a perda de urina pela casa, enquanto a mulher com IU tenta alcançar o

banheiro. A escolha do coletor se dá de acordo com o volume de perda urinária e a dependência da mulher da disponibilidade de sanitários. Dispositivos adicionais, geralmente, são levados nas bolsas, para atender às necessidades de trocas, assim como a relação de dependência da mulher com o uso desses dispositivos é avaliada como não prazerosa (Quadro 16).

[...] Durante o dia eu coloco paninho, se escapar [...] e quando fiz avaliação, a enfermeira perguntou se eu uso paninho ou absorvente, disse que uso absorvente e ela orientou que o absorvente esquenta muito e era melhor usar paninho, então uso um pequeno durante o dia e a noite um maior [...] (Atriz 11).

[...] Tenho que usar absorventes, já faz uns dois anos que eu uso [...] (Atriz 14).

#### **Subcategoria B1.5.4. Deixando de tomar anti-hipertensivos quando sai de casa**

Trata-se de estratégia utilizada por mulheres em tratamento medicamentoso para a hipertensão arterial sistêmica que para reduzir o volume urinário, prorroga o horário ou deixam de tomar anti-hipertensivos (Quadro 16).

[...] Agora eu estou tendo hipertensão, hoje eu já tomei quatro comprimidos e ainda não tomei o diurético [...] (Atriz 3)

#### **Subcategoria B1.5.5. Reduzindo a ingestão de líquidos.**

Trata-se de estratégia utilizada por mulheres com IU, visando a diminuir o volume urinário, por meio da redução da ingestão hídrica (Quadro 16).

[...] Um pouco de água a mais que eu tomo já da aquela vontade de ir ao banheiro [...]. Então é melhor não tomar [...] (Atriz 7).

### **Subcategoria B1.5.6. Tomando sedativos para poder dormir.**

É a utilização de fármacos indutores do sono, mediante a preocupação de enurese noturna tornar-se um fato desencadeador da insônia da mulher com IU (Quadro 16).

[...] tenho medo, já não tenho aquela confiança, em mim mesma, em segurar, então isso me prejudica, prejudica eu dormir, tenho que tomar calmante (Atriz 2).

### **Subcategoria B1.5.7. Tendo cuidado com a escolha das roupas e na frequência de trocas.**

Trata-se de uma das estratégias utilizadas pelas mulheres com IU para disfarçar possíveis escapes de urina na roupa em público, como a escolha de roupas escuras, não utilizar saias ou vestidos, assim como ter uma roupa que possa encobrir o sinal de molhado. Ademais, dispor de roupas junto de si é sempre mais uma possibilidade de providenciar a troca, principalmente para aquelas mulheres que se negam a usar coletores (Quadro 16).

[...] Uma vez estava trabalhando, danei a espirrar, espirrar, urinei tudo na calça, tive que amarrar uma blusa na cintura, não podia vir embora e ainda o patrão perguntou o que eu estava fazendo com essa blusa na cintura [...] (Atriz 5).

[...] Não uso saia, nem vestido e essas coisas, só uso calça comprida e escura, pois quando sai urina a cor disfarçar [...] (Atriz 18).

### **Subcategoria B1.5.8. Evitando tossir, espirrar e rir**

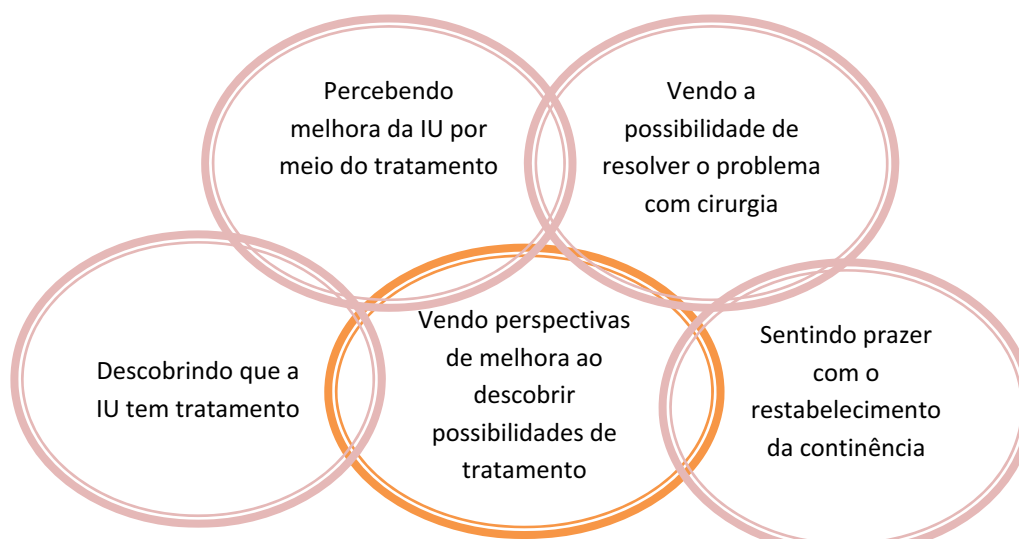
Trata-se da utilização de estratégias para conter a perda urinária em situações que se faz necessária a interrupção de processos involuntários e voluntários percebidos, como: tosse, espirros e risos (Quadro 16).

[...] Não posso nem ter gripe, faz um bom tempo que não me dá gripe, quando dá a IU é direta e reta [...] (Atriz 5).

[...] Não posso correr, tossir e fazer esforço e qualquer movimento sai urina (Atriz 6).

## **Tema B2. Vendo perspectivas de melhora ao descobrir possibilidades de tratamento.**

Significa aquele grupo de mulheres que mesmo percebendo melhora com o tratamento conservador, vê alimentada a sua esperança ao encontrar o apoio médico para o tratamento cirúrgico, como possibilidade de se ver livre, definitivamente, da IU. Este tema reúne quatro categorias: descobrindo que a IU tem tratamento; percebendo melhora da IU por meio do tratamento; vendo a possibilidade de resolver o problema com cirurgia; sentindo prazer com o restabelecimento da continência (Diagrama 9).



**Diagrama 9. Tema B2. Vendo perspectivas de melhora ao descobrir possibilidades de tratamento: categorias.**

### **Categoria B2.1. Descobririndo que a IU tem tratamento**

Trata-se do momento em que a mulher tem o conhecimento da existência e eficácia de tratamentos conservadores e cirúrgicos para a IU, por meio do profissional médico, televisão, revistas ou livros, assim como relatos de amigas e a experiência dos próprios familiares (Quadro 17).

[...] Li um livrinho que eu achei sobre IU, não lembro como, sei que achei esse livro, ai descobri que era reversível (Atriz 15).

[...] Assistindo televisão, vi uma reportagem que existia fisioterapia para IU, foi até na época que eu estava participando da terceira idade na USC, aí eu passei a fazer fisioterapia, para mim foi tiro e queda, deu certo! [...] (Atriz 16).

### **Categoria B2.2. Percebendo melhora da IU por meio do tratamento.**

É o momento da experiência em que a mulher se nutre da esperança de se ver livre da IU (Quadro 18).

[...] Faço fisioterapia há um ano e melhorei, pois antes eu não podia tossir, nem espirrar que estava vazando urina, agora está mais calmo [...] (Atriz 9).

[...] Agora melhorei, antes eu fazia e nem sentia que fazia, agora já estou sentindo [...] (Atriz 11).

### **Categoria B2.3. Vendo a possibilidade de resolver o problema com cirurgia.**

Significa aquela mulher que vive a expectativa de resolver a IU e poder se libertar definitivamente de um problema que gera sobrecarga, vislumbrado por meio do tratamento cirúrgico, apoiado pelo médico (Quadro 19).

[...] O médico me deu o pedido de cirurgia, fui ao cardiologista, fiz todos os exames, tudo certinho, para poder fazer a cirurgia [...] (Atriz 4).

[...] Perguntei para o médico se havia algum tipo de cirurgia, então ele mandou fazer os exames e ainda não deu resposta [...] (Atriz 5).

### **Categoria B2.4. Sentindo prazer com o restabelecimento da continência.**

Significa a satisfação emocional de ter alcançado o sonho de romper com a experiência desafiante da IU, mediante o alcance do sucesso com o processo de reabilitação (Quadro 20).

[...] Já estou conseguindo controlar, segunda feira eu sai e pensei será que eu vou conseguir voltar para casa sem ter que ir ao banheiro, fui desci do carro, coloquei as coisas na cozinha, coloquei minhas coisas em cima da cama, depois eu fui ao banheiro, fui ver se a calcinha estava molhada e estava sequinha, fiquei muito feliz [...] (Atriz14).

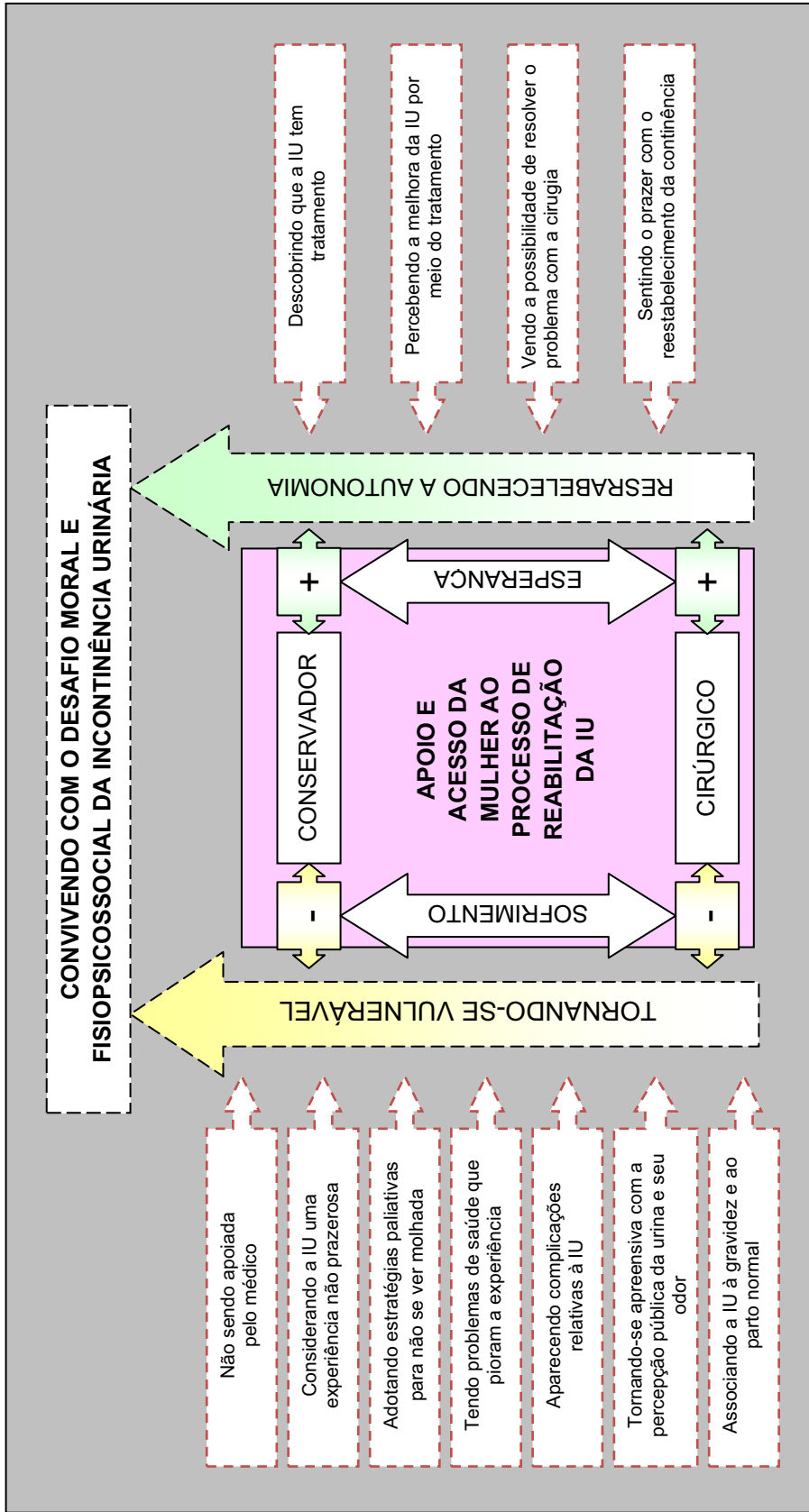
[...] Depois da fisioterapia acabou minha IU, mas ainda faço exercícios, porém agora posso tossir e não tenho mais problemas [...] (Atriz 15).

## **5.2 Descobrimo a categoria central.**

A estratégia para descobrir a categoria central foi inter-relacionar os dois fenômenos, buscando compará-los e analisá-los para compreender como se dava a interação entre seus componentes. Esta estratégia permitiu identificar as categorias e subcategorias-chave que empreendem o movimento da experiência interacional de mulheres com a IU.

Restabelecer a autonomia do controle da micção significa readquirir o direito de livrar-se de um estado que coloca a mulher em situação de vulnerabilidade moral e fisiopsicossocial. Contribui com a retomada do plano de vida, interrompido pelos percalços da IU, que acometem a preservação do eu. Esse processo só é possível ser vivenciado, quando a mulher recebe apoio e acessa o processo de reabilitação da IU nos serviços de saúde; conservador e cirúrgico, bem como dispõe de condições clínicas para a realização de procedimento cirúrgico. Caso contrário, a esperança de se livrar do sofrimento poderá se constituir numa ilusão e submergi-la num contexto de vulnerabilidade à sua qualidade de vida.

Vale ressaltar que o movimento entre a vivência da esperança e do sofrimento é sinalizada pelos seguintes símbolos: resposta ao tratamento indicado e disponibilidade do médico em apoiar o acesso ao tratamento conservador e cirúrgico, bem como a condição clínica da cliente para tal. Desta maneira, abstraí como categoria central: entre o sofrimento e a esperança: o apoio e o acesso à reabilitação da IU como componente interveniente (Diagrama 10).



**Diagrama 10. Categoria central - Entre o sofrimento e a esperança: o apoio e o acesso à reabilitação da IU como componente interveniente.**

## 6. DISCUTINDO O MODELO TEÓRICO.

A experiência da mulher com IU se move entre contextos de sofrimento e de esperança, impulsionados pela interação com símbolos, que traduzem a possibilidade ou não de restabelecer a sua autonomia.

Esses símbolos são emitidos pelo profissional médico em apoiar ou não o acesso aos tratamentos disponíveis, dependendo das condições clínicas da mulher, assim como da *disponibilidade* de serviços que ofereçam o tratamento conservador e cirúrgico, no SUS.

Quando a mulher interage com símbolos, como: não melhorando da IU mediante os tratamentos conservadores e médico desencorajando o tratamento cirúrgico, ela define a sua situação como vulnerável a continuar vivenciando o desafio moral e fisiopsicossocial da IU.

Essa sobrecarga se configura em uma experiência não prazerosa, pois interrompe o seu plano de vida, promovendo sofrimento psíquico, em face da sua vulnerabilidade contínua, do constrangimento de estar transgredindo um preceito socialmente estabelecido, de que só as crianças podem urinar na roupa e usar fraldas.

Em decorrência, a mulher torna-se apreensiva com a possibilidade de ser percebida em público urinada, perante os símbolos: roupa molhada ou com odor de urina.

Para se prevenir da experiência de ser vista urinada publicamente, a mulher recorre a estratégias paliativas, utilizando de recursos atitudinais ou materiais, com a finalidade de amenizar sua vulnerabilidade, principalmente, quando perde a expectativa de reabilitação da IU.

As estratégias por elas utilizadas acometem a qualidade de vida, pois podem gerar reclusão social ao deixar de realizar atividades de lazer e espirituais, principalmente, em lugares que não disponibilizam de sanitários. Ademais, pode reprimir sua sexualidade, por medo de perder urina durante o coito, bem como aumentar os fatores de riscos para doenças cerebrovasculares, especialmente para aquelas mulheres com HAS, que interrompem o uso de fármacos e reduzem a ingestão de líquidos para diminuir o volume urinário. O uso de medicamentos

indutores do sono, também, pode se constituir em um hábito à medida que passa utilizá-lo continuamente.

Assim como, os coletores de urina aumentam os riscos de infecções urinárias recorrentes e dermatites de contato. Ainda como estratégias para não se ver molhadas, esforçam-se em interromper mecanismos de defesas do organismo, como tosse e espirros e até manifestações do humor, como rir, entre outros problemas de saúde, como: ter associada a incontinência fecal ou estar exposta a situações de estresse.

Por outro lado, quando a mulher vê perspectivas de melhora com tratamentos conservadores ou estes não são eficazes, porém com possibilidade de usufruir do tratamento cirúrgico, ela se nutre de esperança ao encontrar apoio e acesso ao processo de reabilitação da IU, despertando esperança e prazer em restabelecer a continência e romper com a desafiante experiência de ser incontinente.

Vale destacar que o modelo teórico sinaliza a gravidez e o parto vaginal como um símbolo de vulnerabilidade ao sofrimento de se conviver com o desafio moral e fisiopsicossocial da IU. Para tanto, a desconsideração do SUS com investimentos no processo de reabilitação da doença fragiliza os programas de incentivo ao parto vaginal.

Essa interpretação está apoiada no Interacionismo Simbólico, quando diz que “ao interagirmos, tornamo-nos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self*, engajamo-nos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos realidade e situações e assumimos o papel do outro”<sup>(68:149)</sup>.

Confrontando os resultados deste estudo com o conhecimento já produzido sobre o objeto de investigação, verificamos a necessidade de programas subsidiados pelo SUS para a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação de mulheres acometidas pela IU.

Sendo assim, não há dúvidas que um dos impactos da gravidez e do parto vaginal é a ocorrência de IU no período após o parto, levantando-se a hipótese que a própria gravidez pode influenciar a função da musculatura do assoalho pélvico<sup>(71)</sup>.

Uma revisão bibliográfica realizada para avaliar se o parto cesariano protege a mulher de IU, revelou que somente o parto vaginal não é suficiente para o seu desenvolvimento, assim como o cesariano não se mostra suficiente para preveni-la. Tal afirmação está fundamentada em evidências, sinalizando que 50% das gestantes desenvolvem IU transitória<sup>(72)</sup>.

Esta autora complementa que, três meses após o parto, a prevalência e a incidência de IU são, respectivamente, de 9% a 31% e 7% a 15%. Antecedentes de IU no período pré-natal aumentam o risco do problema no pós-parto, que por sua vez, potencializa-o de persistir em longo prazo. Após a primeira gestação, as mulheres que tiveram parto vaginal têm duas vezes mais chances de desenvolver a IU, que aquelas que tiveram partos cesarianos<sup>(72)</sup>.

Por sua vez, o efeito protetor do parto cesariano sobre a IU pode dissipar com a multiparidade, diminuindo à medida que a idade materna avança e quando o mesmo é realizado após a indução do parto normal. Entretanto, as mulheres adultas nulíparas, também podem desenvolver a IU, assim como as idosas que pariram ou não. Aproximadamente oito em nove mulheres que tiveram seus bebês por via vaginal, sofreram rotura, entretanto apenas uma se submeteu à cirurgia para IU ou prolapso<sup>(72)</sup>.

A contento, a autora recomenda a necessidade de compreender o verdadeiro impacto do parto cesariano sobre a IU, sendo necessária a realização de estudos comparativos entre as modalidades de parto, considerando as variáveis como: distúrbios do trato urinário inferior, histórico de IU antes do parto<sup>(72)</sup>, bem como outras, dentre elas a própria episiotomia.

Estudo prospectivo, realizado com 243 mulheres, em um centro médico de Taiwan, para investigar a relação entre episiotomia e efeitos adversos da mesma, apontou que o procedimento utilizado durante o trabalho de parto, aumentou a incidência de IU, no período de três meses após o parto, quando comparadas com aquelas que não necessitaram<sup>(73)</sup>.

Outra pesquisa, conduzida com mulheres chinesas primíparas, evidenciou que o parto vaginal eleva o risco de IU e incontinência fecal, especialmente naquelas que utilizaram fórceps e episiotomia médio-lateral. Sendo a idade e o peso materno, assim como a circunferência da cabeça do bebê,

fatores associados<sup>(74)</sup>. A idade materna acima de 25 anos, também foi apontada em outro estudo como fator de risco para o desenvolvimento da IU<sup>(75)</sup>.

Entretanto, há pesquisas que contradizem tal afirmação, ao não encontrarem diferenças significativas do aparecimento da IU, três meses após o parto, em mulheres que foram submetidas à episiotomia ou não<sup>(76,77)</sup>.

Sendo assim, faz-se necessária a realização de outros estudos comparativos e de segmentos de mulheres submetidas à episiotomia ou não<sup>(73)</sup>.

Desta maneira, o desenvolvimento da IU não está claro e provavelmente relacionado à lesão de inervações e de mudanças da estrutura fisiológica no trato urinário baixo<sup>(78,80)</sup>.

Diante de tal situação, é importante programas de incentivo à prevenção da UI por toda vida e não somente no período após o parto<sup>(80)</sup>.

Pesquisa longitudinal Escocesa aponta que a prática de exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, quando realizada com maior frequência, durante a gestação e o puerpério, diminui a probabilidade de as mulheres apresentarem IU, independente do tipo de parto<sup>(80)</sup>.

Outra pesquisa desenvolvida na Espanha, com mulheres apresentando IU, instruídas a realizar exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, após o parto vaginal, verificou que pequena parcela necessitou de cirurgia, decorrentes seis e doze meses de tratamento<sup>(81)</sup>.

Ressalta-se que os exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, realizados por mulheres grávidas, reduzem as chances de IU, no primeiro ano após o parto. Estes não apresentam efeitos adversos significativos e devem ser oferecidos, principalmente, a mulheres com riscos maiores, tais como: após parto por meio de fórceps e ou vaginal com recém-nascidos grandes para idade gestacional<sup>(82)</sup>.

Tais exercícios, quando supervisionados por um fisioterapeuta ou enfermeiro especializado em continência, apontam melhorias substanciais e duradouras, podendo ser alcançado à continência<sup>(82)</sup>.

Pesquisa publicada, recentemente, sugeriu que a perda de urina em mulheres durante a tosse, não pareceu relacionada somente à fraqueza da musculatura do assoalho pélvico, mas por defeitos de apoio fascial e ou da

musculatura do assoalho pélvico e da coordenação musculares abdominais alteradas<sup>(83)</sup>.

Ainda há disponibilidade de tratamento com fármacos, dentre eles a Duloxetina, mostrando-se benéfica no tratamento da IU e na qualidade de vida, porém não beneficiando as pacientes com sintomas depressivos e com transtornos cognitivos, além de provocar efeitos adversos, como: xerostomia, fadiga, constipação e hiperidrose<sup>(84)</sup>, bem como por apresentar menor eficácia em idosos, devido às mudanças relacionadas à idade<sup>(85)</sup>.

Além dos tratamentos conservadores, existe a possibilidade dos cirúrgicos, como: Uretrocistopexia à Kelly-Kennedy, por via vaginal; colpo-uretrocistopexia à Marshall-Marchetti-Krantz; colpo-uretropexia à Burch; uretrocistopexia por via combinada sob controle endoscópico à Stamey-Pereyra; outras técnicas, como injeções peridurais de teflon, colágeno purificado, tecido adiposo autólogo, dentre outros materiais para aumentar a prega uretral; e o uso de *slings* pubovaginais, com a substituição das suspensões endoscópicas, para manutenção dos resultados do tratamento realizado por um maior período de tempo<sup>(6)</sup>.

Mesmo assim, as mulheres que recuperam a continência, não estão livres, pois o risco de recorrência da IU pode acontecer dois anos após a cirurgia, independente da técnica de Burch ou *Sling*, principalmente para IU de estresse. Esses fatores de riscos podem ser amenizados com o tratamento concomitante das desordens da musculatura do assoalho pélvico, tais como a IU de urgência, prolapso avançado e ou terapia hormonal<sup>(86)</sup>.

Apesar do desenvolvimento técnico-científico do tratamento para a IU, o acesso das mulheres a ele ainda é reduzido, por falta de programas voltados à sua saúde e especificamente, ao problema. Esta situação não é peculiar somente ao cenário brasileiro, mas também em outros países considerados desenvolvidos.

O país europeu com maior porcentagem de cirurgias para a IU é o Reino Unido, com 8% das mulheres operadas do problema, seguido da Alemanha com 5% e Espanha e França, ambas com 3%<sup>(87)</sup>.

Outro problema, apontado pela literatura, como barreira ao tratamento da IU é que, apesar das possibilidades de tratamentos existentes, 50% das mulheres discutem seus problemas incontinentes e apenas um terço delas

recebem alguma forma de tratamento, conforme pesquisa realizada em Washington-USA<sup>(88)</sup>.

Estudos anteriores a esse, realizados em países da Europa, apontam uma porcentagem reduzida de mulheres procurando o tratamento para IU, como: Espanha (24%), Reino Unido (25%), França (33%) e Alemanha (40%)<sup>(87)</sup>.

Esses fatos têm condenado as mulheres a gerirem suas próprias perdas urinárias de forma silenciosa e solitária, por meio de estratégias paliativas e na maioria das vezes não seguras a sua saúde, dentre elas: deixando de realizar atividades sociais, de lazer e espirituais que se prolongam; frequentando somente lugares com disponibilidade de sanitários; utilizando coletores de urina; deixando de tomar anti-hipertensivos quando saem de casa; reduzindo a ingestão de líquidos; tomando sedativos para poder dormir; tendo cuidado com a escolha das roupas e na frequência de trocas; evitando tossir, espirrar e rir.

Vale ressaltar que o aumento da frequência de comorbidades relativo à IU decorre da demora pela procura por tratamentos. Um estudo realizado com mulheres francesas para avaliar o impacto da qualidade de vida nas mesmas, observou que, 58% delas apresentavam pelo menos uma queixa acerca de suas vidas sociais, seguidas por relativas à sexualidade, como: sentindo ansiosa ao pensar na situação atividade sexual; sentindo o comportamento sexual afetado; preocupando-se em urinar durante o ato sexual. Além do desempenho no trabalho acometido em 38% das mulheres que interrompiam seus trabalhos ou as atividades domésticas<sup>(89)</sup>.

A percepção de mulheres com IU decorre da insegurança por medo de perder urina, tornando as acometidas vulnerável moral e fisiopsicossocialmente, relatando: sentindo-se abatida moralmente em vivenciar a IU; acometendo necessidades relativas ao sono e à sexualidade; aparecendo complicações relativas à IU; tendo problemas de saúde que pioram a experiência; entrando em sofrimento psíquico.

Trabalho de revisão integrativa aponta o impacto negativo da IU no bem-estar psicossocial das mulheres, fazendo-as sentirem envergonhadas e por isso se abstêm de atividades sociais, impedindo-as no cumprimento de suas atividades pessoais, como: fazer compras e participar de atividades físicas, bem como se abstendo de sua sexualidade, por se considerarem menos atraentes<sup>(87)</sup>.

Essa autora discorre que aquelas mulheres acometidas, severamente pela IU, são 80% mais propensas a sofrer de uma depressão, enquanto as moderadas e leves têm um risco de 40%, quando comparadas às continentais. A IU está, também, associada com sentimentos de tristeza e solidão. O aumento da gravidade dos sintomas e da frequência de episódios de incontinência elevam o grau de aborrecimento<sup>(87)</sup>.

Acrescenta que as mulheres que têm episódios semanais de perdas mais frequentes tendem a considerar a experiência como um incômodo considerável em suas vidas, enquanto os episódios de incontinência, menos frequentes, do que uma vez por mês, não são percebidas como muito problemático<sup>(87)</sup>.

Relata ainda que, o constrangimento social, como o medo para o agravamento dos sintomas, o odor de urina e acidentes humilhantes se constituem no processo determinante do incômodo e para tanto, tornam-nas preocupadas com a tosse e os espirros por medo de não chegarem ao banheiro a tempo<sup>(87)</sup>.

No Brasil, os tratamentos oferecidos pelo SUS, geralmente, são cirúrgicos ou medicamentosos, ou ainda nada é proposto, sendo os tratamentos conservadores, na maioria das vezes, oferecidos apenas pela iniciativa privada. Este fato contradiz os princípios que fundamentam o SUS: universalidade, equidade e integralidade, sendo um problema fundamental a falta de programa conservador específico para atendimento de mulheres com IU, visto que esses podem contribuir para melhorar partes das queixas incontinentes, podendo obter a cura<sup>(9)</sup>.

Comparando o estado e a arte da pesquisa sobre IU, pude verificar que a grande contribuição de explorar o objeto de estudo experiência de mulheres com IU na perspectiva da TFD e analisá-la a luz do Interacionismo Simbólico, possibilitou-me a elaborar um modelo teórico que continua sinalizando a perpetuação do sofrimento de mulheres com uma doença, mesmo com os avanços técnico-científicos, porém com baixo impacto social, decorrente ao acesso limitado ao processo de reabilitação da IU e que pode estar fragilizando a adesão de mulheres jovens aos programas de incentivo ao parto vaginal.

Diante do apresentado, recomendo que no escopo do Programa Saúde da Mulher sejam intensificadas ações voltadas ao diagnóstico, prevenção e tratamento da IU por toda vida, sem perder de vista que as mulheres devem ser encorajadas a verbalizar seus problemas incontinentes e que esses não sejam considerados vexatórios, pois há uma tendência das mais jovens em relatar com mais facilidade tais ocorrências, assumindo um papel mais ativo no tratamento, quando comparadas às idosas.

Vale ainda destacar que a eficácia do programa saúde da mulher interdepende de ações, não só voltadas ao parto normal, bem como de outras demandas, mas em promover, também, o apoio a problemas de saúde como a IU.

Assim como, os órgãos formadores devem preparar profissionais da saúde acerca da avaliação clínica, diagnóstico, prevenção e tratamento da IU, por essa se constituir um problema relevante de saúde pública e na maioria das vezes, negligenciado, num país que se propõe a oferecer saúde, segundo os princípios do SUS: integralidade, igualdade e equidade.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

A condução deste estudo, segundo o referencial metodológico da TFD permitiu-me elaborar um modelo teórico relativo à experiência de mulheres com IU que, analisada à luz do Interacionismo Simbólico, apontou a gravidez e o parto vaginal como um símbolo de vulnerabilidade ao sofrimento de se conviver com o desafio moral e fisiopsicossocial da IU. Assim como, a inferência de que a desconsideração do SUS com investimentos no processo de reabilitação da IU possa estar fragilizando os próprios programas de incentivo ao parto vaginal.

Ademais, aponta a perpetuação do sofrimento da mulher com a IU, na maioria das vezes, impossibilitada de acesso ao processo de reabilitação que poderia garantir uma melhor qualidade de vida, por falta de programas incentivados pelas políticas públicas, em oferecer uma assistência voltada às reais necessidades dessas usuárias do SUS.

Por fim, cabe aos órgãos formadores de profissionais da saúde, oferecer condições para o processo ensino-aprendizagem, visando à formação de competências relativas à avaliação clínica, ao diagnóstico e ao tratamento da IU.

Quem sabe assim, possamos ainda um dia ver mulheres que padecem da IU, como o terceiro problema de saúde pública mundial, transformando sofrimento em esperança.

## 8. REFERÊNCIAS.

1. Dangelo JG, Fattini CA. Anatomia humana básica. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2006. Sistema urinário; p.138-40.
2. Nagle GM. Cirurgia genitor-urinária. In: Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 413-510.
3. Douglas, CR, Tratado de fisiologia aplicada às ciências médicas. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
4. Potter PA. Grande tratado de enfermagem prática. São Paulo: Santos; 1998. Necessidades de excreção. p. 717-28.
5. Medeiros AS. Semiologia Urológica. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. Semiogênese; p. 1-12.
6. Moreira ECH, Yasuda, KE, Kimura, FR. Tratamento cirúrgico e conservador da incontinência urinária de esforço. Fisioter mov. 2001 Out.- Mar; 13(2):9-13.
7. Roach SS. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. Incontinencia urinária; p. 262-63.
8. Liao YM, Yang CY, Kao CC, Dougherty MC, Lai YH, Chang Y, et al. Prevalence and impact on quality of life of lower urinary tract symptoms among a sample of employed women in Taipei: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2009 May; 46 (5): 633-44.
9. Selene MR. Incontinência urinária: um problema social de saúde pública [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio Janeiro; 2006.

10. Lima JLDA, Carvalho GM, Martins AA. Contribuição da assistência de enfermagem obstétrica pré-natal: educação para prevenção e correção da incontinência urinária de esforço (IUE). *Mundo saúde*. 2007 Jul-Set; 31(3):411-18.
11. Cheater FM, Bakier R, Gillies C, Wailoo A, Spiers N, Reddish S, et al. The nature and impact of urinary incontinence experienced by patients receiving community nursing services: a cross-sectional cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2008 Mar; 45(3):339-51.
12. Neubaur G, Stiefelmeyer S. Economic costs of urinary incontinence in Germany. In: Becker HD, Stenze A, Wallwiener D, Zitter T. *Urinary and fecal incontinence*. Germany: Springer, 2005. p.25-32.
13. Higa R, Lopes MHBM. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. *Rev Bras Enferm*. 2007 Mar-Abr; 60(2):213-6.
14. Higa R, Lopes MHBM. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. *Rev Bras Enferm*. 2006 Jul-Ago; 58(4):422-8.
15. Booth J, Kumlien S, Zang Y, Gustafsson B, Tolson D. Rehabilitation nurses practices in relation to urinary incontinence following stroke: a cross-cultural comparison. *J Clin Nurs*. 2009 Apr; 18(7):1049-58.
16. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Overview urinary incontinence in adults clinical practice guideline update [text on the Internet]. Rockville; 1996. [cited 2006 abr 10]. Available from: <http://www.ahcpr.gov/clinic/uioverview.htm>.
17. Rett, MT, Simões JA, Herrmann V, Gurgel MSC, Morais SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007 Mar; 29(3):134-40.

18. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Neurol Urodyn* 2002 Jul; 21(2):167-78.
19. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
20. Kang Y, Crogan NL. Social and cultural construction of urinary incontinence among Korean American Elderly Women. *Geriatr Nurs*. 2008 Mar-Apr; 29(2):105-11.
21. Stenzelius K, Wastergren A, Mattiasson A, Hallberg IR. Older women and men with urinary symptoms. *Arch Gerontol Geriatr*. 2006 Sep-Oct; 43(2):249-65.
22. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. *SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS; 2003. p. 75-91.
23. Amaro JL, Macharelli CA, Kawano PR, Padovani CR, Aragon F, Yamamoto HA, et al. Prevalência e implicações da incontinência urinária e fecal em mulheres. *Femina*. 2008 Ago; 36(8): 505-9.
24. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2008 Mar; 42 (1): 187-92.
25. Higa R. *Incontinência urinária: problema ocupacional entre profissionais de enfermagem [dissertação]*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2004.

26. Mota DM, Victoria CG, Hallal PC. Investigação de disfunção miccional em uma amostra populacional de crianças de 3 a 9 anos. *J Pediatric* 2005 Maio-Jun; 81(3): 225-32.
27. Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 10 ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p.819-33.
28. Rodrigues RAO, Zago MMF. Incontinência urinária no idoso: assistência de enfermagem. *Rev Esc Enf USP*. 1991 Abr; 25(1):21-8.
29. Butterfield YC, O'Connell B, Phillips D. Peripartum urinary incontinence: a study of midwives knowledge and practices. *Women Birth*. 2007 Jun; 20(2):65-9.
30. Lukacz ES, Lowerence JM, Contreras R, Nager CW, Luber KM. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol*. 2006 Jun; 107(6):1253-60.
31. Bradway CW, Barg F. Developing a cultural model for long-term female urinary incontinence. *Soc Sci Med*. 2006 Dec.; 63(12):3150-61.
32. Araujo MP, Oliveira E, Zucchi EVM, Trevisani VFM, Girão MJBC, Sartori MGF. Relação entre incontinência urinária em mulheres atletas corredoras de longa distância e distúrbio alimentar. *Rev Assoc Med Bras*. 2008 Mar-Abr; 54(2):146-9.
33. Caetano AS, Tavares MCGCF, Lopers MHBM. Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. *Rev Bras Med Esporte*. 2007 Jul-Ago; 13(4):270-4.
34. Higa R, Lopes MHBM. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. *Rev Bras Enferm*. 2007 Set-Out; 60 (5): 503-6.
35. Shakhathreh F. Epidemiology of urinary incontinence in Jordanian women. *Saudi Med J*. 2005 May; 26(5):830-35.

36. Abreu NS, Baracho ES, Tirado MGA, Dias RC. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. *Rev Bras Fisiote*. 2007 Nov-Dez; 11(6):429-36.
37. Borba AMC, Lelis MAS, Brêtas ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto e Contexto Enferm*. 2009 Jul-Set; 17(3):527-35.
38. Brittain KR, Shaw C. The social consequences of living with and dealing with incontinence: a carers perspective. *Soc Sci Med*. 2007 Sep; 65(6):1274-83.
39. Koch LH. Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: an integrative literature review. *J Midwifery Women's Health*. 2006 Nov-Dez; 51(6):39-44.
40. Huang AJ, Stewart AL, Hernandez AL, Shen H, Subak LL. Sexual function among overweight and obese women with urinary incontinence in a randomized controlled trial of an intensive behavioral weight loss intervention. *J Urol*. 2009 May; 18(5):2235-42.
41. Lopes MHBM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm [Internet]*. 2006 [acesso em: 10 jan 2010]; 40:34-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a044v4n1/pdf>
42. Wallner LP, Porten S, Meenan RT, Rosetti MCO, Calhoun EA, Sama AV et al. Prevalence and severity of undiagnosed urinary incontinence in women. *Am J Med*. 2009 Nov; 122(11):1037-42.
43. Feldner Jr CP, Sartori MGF, Lima GR, Baracat EC, Girão BC. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006 Jan; 28(1):54-62.

44. Araújo MP, Oliveira E, Queiroz GC, Pimentel SHCO, Tavano CC, Sartori MGF, et al. Impacto do estudo urodinâmico em mulheres com incontinência urinária. *Rev Assoc Med Bras.* 2007 Mar-Abr; 53 (2):122-5.
45. Barbosa SS, Oliveira LDR, Lima JLDA, Carvalho GM, Lopes MHBM. Como profissionais de saúde da rede básica identificam e tratam a incontinência urinária feminina. *Mundo saúde.* 2009 Out-Dez; 33(4):449-56.
46. Higa R, Lopes MHBM, Turato ER. Psychocultura meanings of urinary incontinence in women: a review. *Rev Lat Am Enferm.* 2008 Jul-Ago; 16(4):779-86.
47. Silva L, Lopes MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razão da não procura por tratamento. *Rev Esc Enf USP.* 2009 Mar; 43(1):72-8.
48. Silva L, Lopes MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razão da não procura por tratamento. *Rev Esc Enf USP.* 2009 Mar; 43(1):72-8.
49. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DM, Monteiro MVC. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de Serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. *Rev Bras Fisio.* 2008 Mar-Abr; 12(2):136-42.
50. Smeltzer SC, Bare BGB. Brunner & Suddarth – Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2009. p. 1038-59.
51. McCloskey JC. Classificação das intervenções de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2004.
52. Johnson M, Maas M, Moorhead FS. Classificação dos resultados de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 254-55; 321-22.
53. Liao YM, Dougherty MC, Liou YS, Tseng IU. Pelvic floor muscle training effect on urinary incontinence knowledge, attitudes, and severity: an experimental study. *Int J Nurs Stud.* 2006 Jan; 43(1):29-37.

54. Matheus LM, Mazzari CF, Mesquita RA, Oliveira J. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. *Rev Bras Fisioter.* 2008 Out-Dez; 10(4):387-92.
55. Hernández-Fabá E, Fuentelsaz-Galleco C, Aran-Catalán R, Suñer-Soler R, Egea-Zerolo B, Nieto-Blanco E. La incontinencia urinaria en las personas mayores de 65 años: visión desde la enfermería geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007 Jan; 42(1):43-51.
56. Silva APM, Santos VLGG. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. *Rev Esc Enf USP.* 2005 Mar; 39(1):36-45.
57. Shuch B, Denys P, Kosma CM, Reese PR, Slaton T, Barron R. Reliability and validity of the incontinence quality of life questionnaire in patients with neurogenic urinary incontinence. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007 May; 88:646-52.
58. Sanchez MT, Portolés JMM, Navarro M, Vigata S, Gomez B, Martinez B, et al. Grado de satisfacción y mejoría clínica subjetiva tras La rehabilitación en el tratamiento de la incontinencia urinaria. *Rehabilitación.* 2006; 40:72-8.
59. Hellberg D, Holmgren C, Lannier L, Nilsson S. The very obese woman and the very old woman: tension-free vaginal tape for the treatment of stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007 Apr; 18(4):423-9.
60. O'Donnell M, Monz B, Hunskaar S. General preferences for involvement in treatment decision making among European women with urinary incontinence. *Soc Sci Med.* 2007 May; 64:1914-24.
61. Ramos LO, Ginecologia: Doenças da mulher IN: Helio AS, Kauffman P. Saúde - entendendo as doenças: a enciclopédia médica da família. São Paulo: Nobel, 2007. p. 88-107.

62. Heilberg IP, Schor N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário. *Rev Assoc Med Bras*. 2003 Jan-Mar; 49(1):109-16.
63. Brandino BA, Piazza JFD, Piazza MCD, Cruz LK, Oliveira SBM. Prevalência e fatores associados à infecção do trato urinário. *News Lab*, São Paulo, 2007 Ago-Set; Ed 83:166-76.
64. Costa L, Príncipe P. Infecção do trato urinário. *Rev Port Clin Geral* [internet], 2005 [acesso em: 10 set 2010]; 2005;21:219-25. Disponível em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070528151555338305.pdf>.
65. Gibbs CF, Johnson TM, Ouslander JG. Office management of geriatric urinary incontinence. *Am J Med*. 2007 Mar; 120(3):211-20.
66. Araújo GTB. O custo da incontinência urinaria no Brasil: experiência do serviço de uroginecologia da UNIFESP [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo– UNIFESP; 2009.
67. Field PA, Morse JM. *Nursing research: the application of qualitative approaches*. Maryland: Aspen Publishers; 1985.
68. Charon JM. *Symbolic interactionism: na introduction, an interpretation, an integration*. 3ª ed. New York (USA): Prentice Hall; 1989.
69. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory*. New York (USA): Aldine; 1967.
70. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnica e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
71. Huebner, M, Antolic A, Ralf T. The impact of pregnancy and vaginal delivery on urinary incontinence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010 Sep; 110(3):249-51.

72. Nygaard I. Urinary incontinence: is cesarean delivery protective? *Semin Perinatol.* 2006 Oct; 30(5): 267-71.
73. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Chao YMY, Lai YH. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. *Int J Nurs Stud* [internet] 2010 [acesso em: 10 jan 2010]; disponível em: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleListURL&\\_method=list&\\_ArticleListID=1510729242&\\_sort=r&\\_st=4&\\_acct=C000049650&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=5674931&md5=67d254b3341664f9dd4f09f4756e5509&searchtype=a](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=1510729242&_sort=r&_st=4&_acct=C000049650&_version=1&_urlVersion=0&_userid=5674931&md5=67d254b3341664f9dd4f09f4756e5509&searchtype=a)
74. Yang X, Zhang HX, Yu YH, Gao, Yang HX, Gong Y. The prevalence of fecal incontinence and urinary incontinence in primiparous postpartum Chinese women. *Eur J of Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010 Oct. 152(2):214-17.
75. Rortveit G, Hunskaar S. Urinary incontinence and age at the first and last delivery: the Norwegian hunt/epincont study. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Aug. 195(2): 433-8.
76. Karacan Z, Euroglu K. Effects of episiotomy on bonding and mother's health. *J Adv Nurs.* 2003 Aug; 43(4): 384-94.
77. Sartore A, Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet gynecol.* 2004 Apr; 103(4): 669-73.
78. Chaliha, C. Postpartum pelvic floor trauma: *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2009 Dez; 21(6): 474-79.
79. Chapple CR, Manassero F. Pathophysiology of stress incontinence. In: Raz S, Rodríguez LV. *Female Urology.* Philadelphia: Elsevier Saunders; 2008. p. 301-9.

80. Whirford HM, Alder B, Jones M. A longitudinal follow up of women in their practice of perinatal pelvic floor exercises and stress urinary incontinence in north-east Scotland. *Midwifery*. 2007 Sep 23(3):298-308.
81. Grau J, Pons ME, Arnau A, Estopiña N, Roura P. Incontinencia urinaria a los 2 meses pos parto. Persistencia de los síntomas a los 6 y 12 meses. *Prog Obstet Ginecol*. 2008 May; 51(5):271-80.
82. Price N, Dawood R, Jackson SR. Pelvic floor exercise for urinary incontinence: a systematic literature review. *Maturitas* [internet]. 2010 [acceso em: 15 Set 2010]. Disponible em: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_imagekey=B6T9F-5119FTY-1-3&\\_cdi=51113&\\_user=5674931&\\_pii=S0378512210003178&\\_origin=search&\\_zone=rslt\\_list\\_item&\\_coverDate=09%2F15%2F2010&\\_sk=999999999&wchp=dGLbVzW-zSkzS&md5=ce05e46bd36ed7683ca2f615bd126489&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T9F-5119FTY-1-3&_cdi=51113&_user=5674931&_pii=S0378512210003178&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=09%2F15%2F2010&_sk=999999999&wchp=dGLbVzW-zSkzS&md5=ce05e46bd36ed7683ca2f615bd126489&ie=/sdarticle.pdf)
83. Madill SJ, Harvey MA, Mxlean L. Women with stress urinary incontinence demonstrate motor control differences during coughing. *J Electromyogr kinesiol*. 2010 Oct; 20(5):804-12.
84. Leeuwen JHS, Lange RR, Jonasson A F, Chen AF, Viktrup L. Efficacy and safety of duloxetine in elderly women with stress urinary incontinence or stress-predominant mixed urinary incontinence. *Maturitas* [internet], 2008; 60:138-47. Disponible: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_imagekey=B6T9F-4SR07YF-1-C&\\_cdi=51113&\\_user=5674931&\\_pii=S0378512208001230&\\_origin=search&\\_zone=rslt\\_list\\_item&\\_coverDate=06%2F20%2F2008&\\_sk=999399997&wchp=dGLzVlb-zSkzk&md5=eead0101d14a2ea0aaed255336e0a646&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T9F-4SR07YF-1-C&_cdi=51113&_user=5674931&_pii=S0378512208001230&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=06%2F20%2F2008&_sk=999399997&wchp=dGLzVlb-zSkzk&md5=eead0101d14a2ea0aaed255336e0a646&ie=/sdarticle.pdf)

85. Viktrup L, Yalcin I. Duloxetine treatment of stress urinary incontinence in women: effects of demographics, obesity, chronic lung disease, hypoestrogenism, diabetes mellitus, and depression on efficacy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007 Jul; 133(1):105-13.
86. Richter HE, Diokno A, Kenton K, Norton P, Albo M, Kraus S. Predictors of treatment failure 24 months after surgery for stress urinary incontinence. *J urol.* 179(3);1024-30.
87. Lose G, The burden of stress urinary incontinence. *Eur Urol Suppl.* 2005 Jan; 4(1):5-10.
88. Melville JL, Newton K, Fan MY, Katon W. Health care discussions and treatment for urinary incontinence in U.S. women. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Mar 194(3):729-37.
89. Lassere A, Pelat C, Guérout V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, et al. Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact in quality of life. *Eur Ass Urol.* 2009 July; 56(1):177-83.

## **APENDICE 1 - Consentimento livre e esclarecido de participação em pesquisa.**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Res. CONEP 196/96)**

#### **COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DE ADULTOS E IDOSOS COM A INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Pesquisadora: Rita de Cássia Altino Delarmelindo  
 Pesquisa desenvolvida na Clínica de Fisioterapia/ USC  
 Endereço do Pesquisador: Rua Aviador Mario Fundagem Nogueira, 3-45 ap 103

Telefones: (14) 3234-4942 (14) 9652-4212

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, residente da Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_

abaixo assinado, expresse o meu total consentimento para que seja utilizada toda informação por mim fornecida em tratamento bem como a informação que consta nos documentos pertencentes ao meu prontuário ou no prontuário da pessoa sobre que eu estou dando informações. Aceito participar, como voluntária(o), no estudo acima citado, desenvolvido na Clínica de Fisioterapia/ USC. Declaro que este consentimento foi-me entregue para leitura e depois, lido e esclarecido pela pesquisadora envolvida no trabalho. Autorizo ainda, a divulgação dos resultados para que mais pacientes possam usufruir um tratamento de qualidade, mantendo sempre minha identidade em anonimato.

- A) Fui informada que serei atendida(o) nesse serviço, independentemente de participar do trabalho em questão.
- B) Fui informada que os conhecimentos obtidos através desta pesquisa poderão subsidiar futuros programas, voltados aos portadores de incontinência urinária.
- C) Fui informada(o) que minha participação nesse estudo é inteiramente voluntária.
- D) Fui informada do fato das entrevistas serem gravadas, onde a pesquisadora se comprometerá a guardar o anonimato de minhas informações.
- E) Fui informada(o) que a minha participação não será remunerada e que os resultados obtidos serão utilizados apenas cientificamente.
- F) Fui informada(o) que posso desistir de participar deste estudo a qualquer momento, sem prejuízo aos meus tratamentos.

NOME \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Pesquisadora: Rita de C Altino Delarmelindo Assinatura \_\_\_\_\_ Endereço do  
 Pesquisador: Rua Aviador Mario Fundagem Nogueira, 3-45 ap 103 Telefones: (14) 3234-4942  
 (14) 9652-4212

**ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.**

Universidade do Sagrado Coração

**PRPPG**Pró-reitoria  
de Pesquisa e  
Pós-graduação**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA***Protocolo nº 048/06***Título do Projeto:** “Incontinência urinária: uma abordagem qualitativa”**Pesquisadora Responsável:** Rita de Cássia Altino Delarmelindo**Comitê de Ética:**

O CEP analisou, baseado em parecer competente, o presente projeto e o considerou aprovado.

**Data:** 13/9/2006**Assinatura do Presidente:****Prof. Dr. Marcos da Cunha Lopes Virmond**

## ANEXO 2 – Alteração de título da pesquisa autorizada pelo CEP.



**PRPPG**  
Pró-reitoria  
de Pesquisa e  
Pós-graduação

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA *Protocolo nº 048/06*

**Título do Projeto Antigo:** “Incontinência Urinária uma Abordagem Qualitativa”.

**Título do Projeto Novo:** “Entre o Sofrimento e a Esperança: A reabilitação da Incontinência Urinária como Componente Interveniente”

---

**Pesquisadora Responsável:** Rita de Cássia Altino Delarmelindo

Prezado Pesquisador,

Certificamos, que a sua solicitação de substituição de título, referente o projeto protocolado sob o número 048/06 foi aceita por este Comitê de Ética e assim sendo, o seu projeto passa a ter como título: “Entre o Sofrimento e a Esperança: A reabilitação da Incontinência Urinária como Componente Interveniente”.

Sem mais para certificar, vai esse protocolo assinado pelo presidente do comitê de ética.

Atenciosamente,

Bauru, 28 de outubro de 2010.

**Prof. Dr. Marcos da Cunha Lopes Virmond**  
Presidente Comitê de Ética em Pesquisa – USC

### **ANEXO 3 – Quadros referente aos códigos pertencentes a temas, categorias e subcategorias.**

#### **Quadro 1. Tema A. Considerando a IU uma experiência não prazerosa: códigos.**

##### **Tema A. Considerando a IU uma experiência não prazerosa.**

- Sendo muito desagradável a experiência com a IU (1.1)
- Incontinência atrapalhando o bem-estar (1.1)
- Incontinência atrapalhando a vida (1.2)
- Relatando ser uma experiência desagradável (3-1)
- Relatando ser muito dura a experiência (4.7)
- Não sendo fácil ser incontinente (5.1)
- Não se sentindo a vontade (5.1)
- Incomodando-se com a IU (6.1)
- Não tendo uma vida normal após a IU (6.1)
- Considerando a IU ruim e desagradável (6.3)
- Sendo uma dureza a IU (7.2)
- Sentindo incomodada (8.1)
- Achando ruim ser incontinente (9.1)
- Dizendo ser duro a IU (11.2)
- IU atrapalhando (15.1)
- Dizendo se sentir mal quando acometida pela IU (15.3)
- Sendo horrível ser incontinente (17.1)
- Não sendo fácil ser incontinente (17.2)
- Incomodando-se ao ser acometida pela IU (18.1)
- Sendo ruim vivenciar a IU por ficar molhada (16.1)

#### **Quadro 2. Tema A2. Associando a IU à gravidez e ao parto normal: códigos.**

##### **Tema A2. Associando a IU à gravidez e ao parto normal.**

- Passando por situação semelhante durante gravidez do primeiro filho (1.2)
- Perdendo urina quando estava passeando durante a gravidez (1.2)
- Sendo o bebê da primeira gravidez muito grande (1.2)
- Tendo três filhos (três gravidez) (1.3)
- Sendo o primeiro filho o maior de todos (1.3)
- Tendo até que fazer casaria na minha primeira gravidez, porque o bebê era muito grande (1.2)
- Relatando ter dois filhos por parto vaginal (2-7)
- Achando ser normal ter IU por ter tido três filhos de parto normal (5.1)
- tendo dois filhos de parto cesárea (6.2)
- sentindo os primeiros sintomas da IU na gestação do primeiro filho (6.2)

### Quadro 3. Categoria A3.1. Tendo vontade iminente de urinar: códigos.

#### **Categoria A3.1. Tendo vontade iminente de urinar.**

- atrapalhando muito a incontinência, porque não se consegue mais controlar a saída da urina (1.1)
- precisando sair correndo para um banheiro (1.2)
- ficando com vontade de urinar, geralmente, depois de duas horas (1.4)
- ficando com aquela sensação de aperto, depois de duas horas e não podendo sair do recinto (1.4)
- tendo vontade iminente de urinar (1.4)
- sentindo muita vontade de ir ao banheiro mesmo não sendo uma incontinência grave (1.4)
- dependendo de banheiro para não urinar na roupa (2.10)
- correndo para ir ao banheiro (4.5)
- tendo a sensação que a bexiga está cheia a todo momento (6.1)
- tendo que ir ao banheiro toda hora (6.1)
- tendo que voltar ao banheiro logo após ter urinado (6.1)
- espirrando ou tossindo quando tinha IU precisava sair correndo (15.3)

### Quadro 4. Categoria A3.2. Não conseguindo conter a urina: códigos.

#### **Categoria B2. Não conseguindo conter a urina.**

- Não conseguindo segurar a urina (2-1)
- Não dando tempo de levantar da cama para ir ao banheiro (2-1)
- Não conseguindo segurar quando dá vontade de urinar (4.6)
- Sentindo que fica vazando urina (4.4)
- Saindo urina como se fosse uma torneira (7.2)
- não percebendo a perda de urina (7.2)
- tendo que ir ao banheiro toda hora (6.1)
- tomando água e após sentindo vontade de ir ao banheiro (4.5)
- saindo urina após qualquer movimento (4.5)
- urinando na roupa, mesmo respirando profundamente, fazendo exercícios (2-2)
- comparando a IU a uma torneira quando abre (2-10)
- atrapalhando muito a incontinência, porque não se consegue mais controlar a saída da urina (1.1)
- soltando a urina de uma hora para outra quando estava andando (1.2)
- perdendo urina se demorar para ir ao banheiro (7.1)
- Perdendo controle da urina (8.1)
- Chegando a molhar a calcinha de urina (8.1)
- Relatando não conseguir segurar a urina (9.1)
- Sentindo vontade de urinar e não conseguindo segurar (11.3)
- Mantendo controle da urina em alguns dias mais que outros (13.1)
- Perdendo o controle, tendo que correr para o banheiro e mesmo assim não dava tempo (14.1)
- Movimentando-se e ficando molhada (16.1)
- Perdendo urina diante de qualquer movimento (16.3)
- Perdendo o controle para urinar (16.3)
- Perdendo urina mesmo que não esteja com vontade de urinar (17.1)
- Urina saindo se não achar um banheiro rápido (18.1)
- Correndo à procura de banheiro e perdendo urina (18.2)

**Quadro 5. Categoria A3.3. Vendo-se urinada em local público: códigos.**

**Categoria A2.3. Vendo-se urinada em local público**

- Achando um desastre quando sai urina (4.6)
- Descendo urina pelo chão na rua (4.6)
- Perdendo urina em ambientes diversos (8.1)
- Urinando na roupa em frente das outras pessoas(9.1)
- Urinando na roupa até vazar no chão (9.1)
- Relatando que adulto urinado todo mundo olha (16.3)

**Quadro 6. Categoria A3.4. Sentindo medo de ser percebida com odor de urina: códigos.**

- Evitando ir a lugares demorados, porque tem medo de perder urina (7.1)
- Ficando apreensiva para sair (6.1)
- Não sentindo-se a vontade nos lugares, porque tem medo de perder urina (5.1)
- incomodando-se, principalmente se está com bastante gente (5.3)
- Temendo chamar atenção das pessoas, caso ocorra episódios de IU (3-2)
- Tendo medo de sair e perder urina (13.1)
- Não indo a qualquer lugar, porque tem medo de perder urina (14.1)
- Andando a pé para não ser vista comas roupas molhadas no ônibus (16.3)
- Urinando antes de tomar o ônibus, mediante o medo de ser molhada peranteas pessoas (2-3)
- Incomodando-se por estar no meio de outras pessoas e cheirando urina (8.1)
- Relatando ser terrível ficar cheirando urina (9.1)
- Incomodando-se com a IU por ficar cheirando mal (11.2)
- Relatando que o cheiro da urina incomoda muito (12.2)
- Sentindo a pele impregnada de urina (16.1)
- Sentindo-se chateada por ficar cheirando urina (18.1)
- Não se incomodando com o odor
- Dizendo não se incomodar com o odor pelo fato de não senti-lo (2-7)
- Não se preocupando com o cheiro, porque sempre me lavo (1.4)
- Lavando-se freqüentemente, o cheiro não fica forte (1.4)

**Quadro 7. Categoria A4.1. Sentindo-se abatida moralmente em vivenciar a IU: códigos.**

**Categoria A4.1. Sentindo-se abatida moralmente em vivenciar a IU**

- Sentindo-se cansada de conviver com a IU (2-1)
- Envergonhando-se por urinar na roupa mesmo com idade avançada que apresenta (3-2)
- Afirmando ser algo que machuca seu âmago (3-4)
- Ficando triste com a IU (6.1)
- Sentindo-se constrangida pela IU (7.1)
- Sentindo-se constrangida em falar da IU (7.2)
- Sentindo-se chateada ao perder urina (10.1)
- Envergonhando-se ao perder urina (10.1)
- Envergonhando-se ao urinar na roupa (18.1)
- Constrangendo-se diante a perda de urina (18.2)
- Pensando no que outras pessoas falam de si, por ser incontinente (18.2)

**Quadro 8. Categoria A4.2. Acometendo necessidades relativas ao sono e à sexualidade: códigos.**

**Categoria A3.2. Acometendo necessidades relativas ao sono e à sexualidade**

- Sentindo medo de relacionar-se amorosamente por causa da IU (2-10)
- Incomodando-se com a parte sexual (6.1)
- Achando que vai urinar durante o ato sexual (6.1)
- Preocupando-se em urinar antes do ato sexual (6.1)
- Sendo uma pessoa que fica mais em casa, não passeia, não indo ao clube da vovó (2-11)
- Tendo o sono prejudicado quando dorme fora de casa, por medo de urinar na cama (2-1)
- Sendo mais freqüentes à noite os episódios de IU (11.1)
- Chegando a levantar seis vezes a noite para trocar-se (11.1)

**Quadro 9. Categoria A4.3. Apresentando complicações relativas à IU: subcategorias e códigos.**

**Categoria A4.3. Apresentando complicações relativas à IU**

**Subcategoria A4.3.1. Apresentando dermatite de contato**

- Não agüentando mais utilizar fraldas e absorventes, que provocam assaduras (2-1)
- Tendo alergia nas virilhas pelo uso de fraldas (2.4)
- Associando as assaduras ao fato de permanecer molhada (2.7)
- Percebendo que as assaduras aparecem quando permanece molhada (2-7)
- Achando que a assadura decorre da acidez da urina (2-8)

**Subcategoria A4.3.2. Tendo infecções urinárias e vaginais recorrentes**

- Tendo corrimento vaginal (8.1)
- Tendo infecção urinária de repetição antes do tratamento com fisioterapia (10.2)
- Apresentando corrimento vaginal por causa da IU (10.2)
- Tendo episódios de infecção urinária pelo uso de absorventes (14.2)
- Relatando ser acometida por infecção urinária por causa da IU (18.4)
- Urina ficando escura e fétida com a infecção urinária (18.5)

**Quadro 10. Categoria A4.4. Tendo problemas de saúde que pioram a experiência: subcategorias e códigos.**

**Categoria A4.4. Tendo problemas de saúde que pioram a experiência**

**Subcategoria A4.5.1. Tendo incontinência fecal associada**

- Percebendo recentemente o aparecimento da incontinência fecal (2-6)
- Apresentando incontinência fecal esporadicamente (9.3)
- Dizendo ser horrível a perda fecal (9.3)

**Subcategoria A4.4.2. Tomando medicações para hipertensão**

- Tomando vários remédios para a hipertensão arterial (2-2)
- Sendo hipertensa e fazendo uso de medicamentos (9.2)
- Sendo hipertensa e fazendo uso de medicações (10.1)
- Relatando ser hipertensa e fazendo uso de medicamento para controle (12.2)
- Sendo hipertensa e fazendo controle por meio de medicamento (13.1)
- Sendo hipertensa e fazendo tratamento medicamentoso (14.2)

**Subcategoria A4.4.3. Piorando com espirros e tosse**

- Urinando e em seguida se espirrar sai novamente (4.5)
- Piorando a IU mediante espirros e tosse (5.2)
- Sentindo perda de urina ao espirrar (6.1)
- Saindo urina quando começa a tossir (8.1)
- Perdendo urina ao espirrar ou pegando peso (8.2)
- Perdendo urina ao espirrar ou tossir (10.1)
- Relatando o primeiro episódio durante uma crise de tosse (14.1)
- Tossindo e urinando na roupa (14.1)
- Durante reuniões se tossisse, perdia urina (15.1)
- Tossindo e saindo urina (15.1)
- Piorando a perda durante estado gripal (15.1)

**Subcategoria A4.4.4. Agravando a IU com o estresse**

- Incontinência piorando quando fica nervosa (2-2)
- Agravando a IU em crises emocionais (2-3)
- Sentindo-se nervosa pela IU, piora a situação (12.1)

**Quadro 11. Categoria A4.5. Entrando em sofrimento psíquico: códigos.**

**Categoria A4.5. Entrando em sofrimento psíquico**

- Deprimindo-se com a situação de não se sentir normal como antes (1.2)
- Ficando nervosa com a situação de ter que sair correndo para o banheiro durante atividades sociais (1.2)
- Diminuindo a auto-estima (1.2)
- Não tendo nada de agradável para contar sobre a sua incontinência urinária (1.3)
- Sentindo-se nervosa pela IU (2-10)
- Temendo que aumente os episódios de IU e que perdure pelo resto de sua vida (3-3)
- Afirmando ser algo que machuca seu âmago (3-4)
- Achando-se sem liberdade (4.6)
- Sentindo muito sofrimento (4.7)
- Ficando triste com a IU (6.1)
- Não se conformando com a perda da urina (13.1)
- Ficando muito triste com a perda de urina (13.1)
- Relatando que a IU causa muito transtorno na vida (18.3)
- Sentindo-se nervosa pela IU (12.1)
- Sentindo tristeza por ser incontinente (4.8)
- Ficando irritada ao ser acometida pela IU (11.1)
- Relatando ter tristeza por causa da incontinência (13.1)
- Sentindo mal com a presença da IU (15.1)
- Chateando-se com a perda de urina (18.2)
- IU causando uma chateação muito grande (18.3)

**Quadro 12. Categoria B1.1. Percebendo nenhuma melhora com os tratamentos conservadores: códigos.**

**Categoria B1.1. Percebendo nenhuma melhora com os tratamentos conservadores**

- Urinando na roupa, mesmo respirando profundamente, conforme exercícios orientados (2-2)
- Sofrendo com a fisioterapia (4.3)
- Sentindo dor decorrente da introdução e retirada do aparelho introduzido na vagina pela fisioterapia (4.3)
- Não percebendo melhora com o tratamento medicamentoso (4.4)
- Não melhorando com a fisioterapia (4.6)
- Não melhorando da IU após tratamento fisioterápico (7.1)

**Quadro 13. Categoria B1.2. Médico desencorajando o tratamento cirúrgico: códigos.**

**Categoria B1.2. Médico desencorajando o tratamento cirúrgico**

- Ginecologista dizendo que a cirurgia para levantar a bexiga não resolve o problema (2.2)
- Abandonando a idéia de fazer a cirurgia da bexiga depois que o médico tirou sua esperança de melhora (2-2)
- Não acreditando que será encaminhada para cirurgia pelo médico da Unidade Básica de Saúde (5.2)
- Médico negando realizar cirurgia por também ser portadora de diabetes e hipertensão (18.2)
- Reafirmando que o médico não faz a cirurgia para IU por outras complicações de saúde (18.3)

**Quadro 14. Categoria B1.3. Voltando a vivenciar a IU após período de continência: códigos.**

**Categoria B1.3. Voltando a vivenciar a IU após período de continência**

- Sentindo-se acometida pela IU novamente (16.2)
- Percebendo-se com IU novamente, mediante tosse e estado gripal (16.2)
- Voltando a ser incontinente, após interromper tratamento fisioterápico (18.2)

**Quadro 15. Categoria B1.3. Perdendo a esperança de se ver livre do problema: códigos.**

**Categoria B1.3. Perdendo a esperança de se ver livre do problema**

- Tentando se conformar com a IU até morrer (2-4)
- Sentindo que a bexiga não tem jeito (4.4)
- Não sabendo o que fazer (4.4)

**Quadro 16. Categoria B1.4. Adotando estratégias paliativas para não se ver molhada: subcategorias e códigos.**

**Categoria B1.4. Adotando estratégias paliativas para não se ver molhada**

**Subcategoria B1.4.1. Deixando de realizar atividades sociais, de lazer e espirituais que se prolongam**

- Sentindo-se tolhida de participar de atividades sociais que se prolongam, como missa e festividades na igreja, porque tem dificuldade de controlar a micção (1.1)
- Deixando de fazer viagens longas como anteriormente (1.1)
- Deixando de fazer passeios (1.2)
- Deixando de viver em sociedade como anteriormente, porque de vez em quando precisa sair correndo para um banheiro (1.2)
- incontinência urinária atrapalhando muito a vida social (1.4)
- ficando com receio de ficar com vontade de urinar, enquanto canta no coral ou durante um casamento (1.4)
- Ficando preocupada com viagens longas, porque tem que parar para urinar (6.4)
- Privando-se de uma vida social pela IU (3-1)
- Não podendo viajar porque urina na roupa (2-1)
- Privando-se de uma vida social em consequência da IU (2-10)
- Não realizando mais viagens longas (9.2)
- Deixando de viajar por causa da IU (16.2)

- Sentindo medo ao viajar de ônibus e perder urina (18.4)

**Subcategoria B1.4.2. Frequentando lugares com disponibilidade de sanitários**

- Procurando frequentar lugares com banheiro (6.4)
- Perguntando sempre onde fica o banheiro ao chegar (6.4)
- Tendo que interromper a caminhada para pedir em alguma casa ou comércio para usar o banheiro (1.2)
- Saindo em lugares que sabe onde encontrar banheiro (14.1)
- Não entrando em locais que o banheiro seja de difícil acesso (14.1)
- Relatando que, muitas vezes, os bares e restaurantes negam o uso do banheiro por não estar consumindo (18.1)
- Procurando lugares que possa usar o banheiro (18.2)
- Correndo na rua para encontrar banheiro disponível (18.2)
- Não encontrando ninguém solidário que deixa utilizar o banheiro quando não está em casa (18.3)

**Subcategoria B1.4.3. Utilizando coletores de urina**

- Usando forrinho para conter urina (7.1)
- Prevenindo-se com absorvente ao sair de casa (6.3)
- Colocando forro para não se molhar (5.2)
- Usando coletores de urina na época que está gripada (5.3)
- Usando coletor, caso não consiga controlar os risos (4.2)
- Não saindo sem coletor (4.2)
- Usando absorventes para sair (4.5)
- Carregando na bolsa alguma coisa para conter urina (4.6)
- Tendo que usar fraldas e absorventes, permanentemente, para não molhar a roupa (2-1)
- Mantendo uma bacia próxima à cama para urinar, para evitar perdas pela casa (2-1)
- Trocando várias vezes o absorvente quando sai de casa (2-10)
- Saindo de casa somente bem protegida (2-10)
- Usando absorvente ao sair de casa para conter urina (8.2)
- Relatando necessidade de trocar-se toda hora ou então sendo necessário usar fraldas (9.1)
- Usando pano para conter urina (9.3)
- Utilizando paninho para conter a urina (11.1)
- Sendo orientada por uma enfermeira a utilizar pano para conter urina (11.1)
- Usando “paninhos” menores durante o dia e maiores à noite (11.1)
- Chegando a utilizar toalhas como coletor (12.1)
- Utilizando absorvente para conter urina (13.1)
- Levando absorventes na bolsa, caso haja necessidade (13.1)
- Utilizando absorvente para conter urina (14.1)
- Utilizando absorventes há uns dois anos (14.1)
- Condicionada a viver usando absorvente (16.1)
- Sendo diferente o uso de absorvente para incontinência quando comparado à menstruação (16.1)
- Sendo um terror a urina em contato com o absorvente, porque se tornam fétidos (16.1)
- Convivendo com o peso de ter que usar absorvente (16.1)

- Angustiando-se pela necessidade de usar forros (18.1)
- Usando absorvente ou fralda quando sai de casa (18.1)
- Tendo que utilizar fraldas durante viagens longas, porque os absorventes são Insuficientes (18.4)

#### **Subcategoria B1.4.4. Deixando de tomar anti-hipertensivos quando sai de casa**

- Deixando de tomar medicação para hipertensão, em face do medo de sentir vontade de urinar (2-3)
- Prorrogando o uso de diuréticos quando sai de casa para evitar a perda de urina (13.2)
- Dizendo ser necessário tomar muita água por utilizar medicamentos para hipertensão, e assim agravar a perda de urina (18.3)

#### **Subcategoria B1.4.5. Reduzindo a ingestão de líquidos**

- Evitando tomar líquido para não urinar na roupa (2-1)
- Evitando tomar água quando viaja, com medo de ir ao banheiro do ônibus (2-3)
- Percebendo que ao tomar água aumenta o volume urinário e as idas ao banheiro (7.1)

#### **Subcategoria B1.4.6. Tomando sedativos para poder dormir**

- Tendo que tomar calmante para dormir, mediante a insegurança de não segurar a urina quando dorme (2-1)
- Tendo que tomar remédio para dormir (3.4)

#### **Subcategoria B1.4.7. Tendo cuidado com a escolha das roupas e na frequência de trocas**

- Utilizando só roupas escuras para disfarçar a perda de urina (18.1)
- Evitando roupas claras por serem mais visíveis ao perder urina (18.2)
- Arrumando um disfarce para calça molhada (5.1)
- Tendo que trocar a roupa várias vezes por sentir-se mal (15.3)
- Preferindo trocar a roupa a colocar absorventes (15.3)
- Evitando usar saias, vestidos por conta da IU (18.1)

#### **Subcategoria B1.4.8. Evitando tossir, espirrar e rir**

- Sentindo medo de tossir e espirrar para não urinar na calça (5.1)
- Sentindo que não pode espirrar (5.2)
- Sentindo medo de pegar gripe (5.2)
- Não podendo tossir (6.1)
- Não dando risada para não perder urina (6.1)
- Evitando tossir para não perder urina (15.1)

**Quadro 17. Categoria B2.1. Descobrimdo que a IU tem tratamento: códigos.**

**Categoria B2.1. Descobrimdo que a IU tem tratamento**

- Descobrimdo em uma consulta ao ginecologista que há medicações para controle da IU (2-5)
- Descobrimdo ao ler um livro que a IU é reversível (15.1)
- Lendo artigos que falam sobre IU (15.3)
- Descobrimdo o tratamento fisioterápico para IU, por meio de um programa de televisão (16.1)
- Relatando a experiência positiva da cirurgia da mãe, que também tinha IU (4.3)
- Amiga indicando uma Fisioterapeuta para fazer o tratamento (12.1)
- Amiga me indicou fisioterapia (14.2)
- Recomendando tratamento fisioterápico às amigas da hidroginástica (15.2)

**Quadro 18. Categoria B2.2. Percebendo melhora da IU por meio do tratamento: códigos.**

**Categoria B2.2. Percebendo melhora da IU por meio do tratamento**

- Melhorando da IU com a fisioterapia (1.3)
- Voltando às atividades após melhora com o tratamento fisioterápico (1.3)
- Melhorando da incontinência depois do tratamento com a fisioterapeuta (1.3)
- Sentindo melhora após fisioterapia (9.1)
- Melhorando a perda de urina após fisioterapia (9.1)
- Relatando que antes da fisioterapia perdia urina ao tossir e espirrar (9.1)
- Necessitava usar fraldas anteriormente (9.3)
- Fazendo tratamento fisioterápico há 4 anos (10.2)
- Melhorando o controle da perda de urina após tratamento fisioterápico (10.2)
- Antes da fisioterapia, eu fazia tudo na roupa (11.1)
- Sentindo melhora após fisioterapia (11.1)
- Relatando que antes da fisioterapia não sentia a perda de urina (11.2)
- Melhorando o controle da urina após tratamento de fisioterapia (11.2)
- Apresentando melhora da continência após fisioterapia (12.1)
- Fazendo tratamento fisioterápico há 1 ano (13.1)
- Relatando que após fisioterapia tem dias que está melhor e tem dias que não (13.1)
- Fazendo tratamento fisioterápico á mais ou menos 6 meses (14.2)
- Voltando a controlar a perda de urina após fisioterapia (14.2)
- Aprendendo a fazer exercícios para manter a continência e realizando-os quando está deitada (15.2)
- Exercícios ajudando a manter a continência (15.2)
- Aprendendo vários exercícios durante a terapia (15.2)
- Melhorando da IU após tratamento fisioterápico (16.1)
- Fazendo tratamento fisioterápico prolongado (16.1)
- Relatando ser muito bom participar das sessões de fisioterapia (16.2)
- Relatando melhora após tratamento fisioterápico (17.1)
- Melhorando após tratamento fisioterápico (18.2)
- melhorando da IU após emagrecer depois da primeira gestação (6.2)
- Melhorando da IU também após perda de peso por cirurgia bariátrica (15.1)
- Emagrecendo e melhorando a perda de urina (15.2)

**Quadro 19. Categoria B2.3. Vendo a possibilidade de resolver o problema com cirurgia: códigos.**

- Categoria B2.3. Vendo a possibilidade de resolver o problema com cirurgia**
- Médico prometendo que se a IU não melhorar com o tratamento, fará a cirurgia (4.3)
  - Percebendo que precisa fazer a cirurgia (4.7)
  - Pedindo ao médico cirurgia (5.2)

**Quadro 20. Categoria B2.4. Sentindo prazer com a possibilidade de restabelecer a continência:códigos.**

- Categoria B2.4. Sentindo prazer com a possibilidade de restabelecer a continência**
- Voltando a ser continente e ficando feliz (14.2)
  - Sendo muito bom melhorar da IU (15.1)
  - Podendo tossir após tratamento fisioterápico e emagrecimento sem perda de urina (15.2)
  - Não descuidando dos cuidados para manter a continência, porque é muito duro ter IU (15.3)
  - Não acreditando quando conseguiu livrar-se do uso de absorventes (16.1)