**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ADILSON MENDES

**CONHECER PARA PREVENIR E CUIDAR:
PESQUISA-AÇÃO PARA PROMOVER A SAÚDE DA MULHER COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

**SÃO PAULO
2017**

ADILSON MENDES

**CONHECER PARA PREVENIR E CUIDAR:
PESQUISA-AÇÃO PARA PROMOVER A SAÚDE DA MULHER COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luiza Akiko Komura Hoga

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
2017**

TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Mendes, Adilson

Conhecer para prevenir e cuidar: pesquisa-ação para promover a saúde da mulher com incontinência urinária / Adilson Mendes. São Paulo, 2017.

179 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luiza Akiko Komura Hoga

Área de concentração: Cuidados em Saúde

1. Educação em saúde. 2. Autocuidado. 3. Incontinência urinária. 4. Enfermagem. I. Título.

Nome: Adilson Mendes

Título: Conhecer para prevenir e cuidar: pesquisa-ação para promover a saúde da mulher com incontinência urinária.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: __/__/__

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha esposa, Adelfa Barros Mendes, por fazer parte da minha vida e ser a verdadeira responsável por todas as minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu sabedoria e força para realização deste trabalho.

À minha esposa e aos meus filhos pelo incentivo constante.

*À Professora Doutora Luiza Akiko Komura Hoga pela dedicação,
profissionalismo com que me conduziu nos caminhos da pesquisa e
construção desta tese.*

*À amiga Juliana Reale Rodolfo pelo apoio durante a trajetória do
doutorado.*

*A todas as mulheres que colaboraram de forma voluntária para o
desenvolvimento deste trabalho.*

*À Universidade Federal do Amapá e Universidade de São Paulo pela
oportunidade para que eu realizasse este estudo.*

À Capes pelo financiamento.

Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.

Dalai Lama.

Mendes A. Conhecer para prevenir e cuidar: Pesquisa-ação para promover a saúde da mulher com incontinência urinária [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária (IU) acomete um grande contingente de mulheres e é considerada uma das novas epidemias do século XXI. **Objetivo:** elaborar um material educativo para promover o autocuidado de mulheres com IU. Os objetivos específicos foram explorar as experiências vividas por mulheres com IU; identificar as dúvidas e necessidades dessas mulheres relacionadas à IU; levantar dificuldades e potencialidades no enfrentamento dos problemas relacionados à IU. **Referencial Teórico:** As premissas interacionistas e dialógico-educativas de Paulo Freire alicerçaram este estudo. **Metodologia:** Foi desenvolvida uma pesquisa-ação (PA) com dois grupos (G1 e G2) de mulheres portadoras de IU. O G1 composto por 12 mulheres de um hospital do Sistema Único de Saúde, do Município de Macapá-AP. O G2 por dez mulheres da rede privada do mesmo município. As quatro fases da PA foram diagnóstico da realidade; planejamento e execução das ações educativas; elaboração e validação do material educativo; avaliação reflexiva. Os dados do diagnóstico da realidade foram obtidos em oito sessões de grupos focais (GFs). As ações educativas desenvolveram-se em quatro oficinas com os G1 e G2 e a avaliação reflexiva numa única sessão. A análise indutiva e interpretativa dos dados gerou seis categorias. O material educativo, ilustrado com figuras inéditas, teve por base evidências científicas atualizadas. A versão preliminar foi submetida à avaliação de peritos e à apreciação das mulheres. **Resultados:** Os itens principais do material educativo são: Conheça mais sobre a incontinência urinária (IU); Como descubro se tenho IU?; Conheça os três tipos de IU mais frequentes; A IU e o parto; A IU tem cura?; Tratamentos que existem para a mulher que tem IU; Como a IU pode afetar a vida sexual e amorosa?; As leis brasileiras para a saúde da mulher; Sugestões de mulheres para melhoria da assistência e tratamento da IU. As categorias que descrevem a experiência da IU são: 1. A urina sai sem querer: o processo de descoberta da doença; 2. Variados motivos levam a esta doença: as percepções das mulheres sobre as causas da IU; 3. Uma doença estigmatizante: significados negativos atribuídos à IU; 4. Uma doença que causa reflexos negativos na vida cotidiana: consequências sobre a vida social e a saúde; 5. Sexualidade e vida sexual afetadas: consequências da IU na vida íntima; 6. Desconhecida das mulheres e desconsiderada pelos profissionais: motivos da busca tardia pelo tratamento da IU. **Discussão:** As categorias reafirmaram resultados de outros estudos. As mulheres com IU sofrem danos físicos e psicológicos, com impactos negativos em sua qualidade de vida, entre outros, a vida sexual e social. Mesmo sendo patologia relevante, a IU está silenciada nas políticas públicas de saúde, por diversas deficiências, impedindo a prevenção e promoção da saúde das mulheres. As deficiências incluem falhas na infraestrutura assistencial, na escuta e tratamento humanizados pelos profissionais de saúde. **Considerações finais:** Espaços específicos de educação em saúde gerariam o empoderamento das mulheres na busca de estratégias de promoção da sua saúde. Pretende-se que o material educativo auxilie a educação e promoção da saúde das mulheres portadoras de IU.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Autocuidado. Incontinência Urinária. Material Educativo.

Mendes A. Knowing to prevent and care: Action research to promote the health of women with urinary incontinence [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence (UI) affects a large contingent of women and is considered one of the new epidemics of the 21st century. **Objective:** to elaborate an educational material to promote the self-care of women with UI. The specific objectives were to explore the experiences of women with UI; Identify the doubts and needs of these women related to UI; Difficulties and potentialities in facing UI-related problems. **Theoretical Framework:** The interactionist and dialogical-educational premises of Paulo Freire supported this study. **Methodology:** An action research (AR) was developed with two groups (G1 and G2) of women with UI. The G1 was composed of 12 women from a hospital of the Unified Health System of the city of Macapá-AP. The G2 by ten women from the private network of the same municipality. The four phases of AR were diagnostic of reality; planning and execution of educational actions; reparation and validation of educational material, and reflective evaluation. Data related to the diagnosis of reality was obtained through eight focus group sessions (FGs). The educative activities were developed through four workshops with the G1 and G2 and the reflexive evaluation in a single session. The inductive and interpretive analysis of the data generated six categories. The educational material, illustrated with original figures, was based on updated scientific evidence. The draft was submitted to expert assessment and to the appreciation of women. **Results:** The main items of educational material are: Learn more about UI; How do I find out if I have UI?; Know the three most common types of UI; UI and childbirth; Does UI have a cure? ; Treatments that exist for the woman who has UI; How can UI affect sexual and loving life? Brazilian laws for the health of women; Suggestions from women to improve UI care and treatment. The categories that describe the UI experience are: 1. The urine leaves unintentionally: the process of finding the disease; 2. Various reasons lead to this disease: women's perceptions about the causes of UI; 3. A stigmatizing disease: negative meanings attributed to UI; 4. A disease that causes negative reflexes in daily life: consequences on social life and health; 5. Sexuality and sexual life affected: consequences of UI on the intimate life; 6. Unknown to women and disregarded by professionals: reasons for the late search for UI treatment. **Discussion:** These categories reaffirmed results from other studies. Women with UI suffer physical and psychological damages, with negative impacts on their quality of life, among others, sexual and social life. Although it is a relevant pathology, the UI is silenced in public health policies, due to several deficiencies, hindering the prevention and promotion of women's health. The deficiencies include failures in healthcare infrastructure, humanized listening and treatment by health professionals. **Final considerations:** Specific spaces of health education would generate the empowerment of women in search of strategies to promote their health. It is intended that the educational material contributes to the education and health promotion of women with UI.

Keywords: Health Education Self Care. Urinary incontinence. Educational material.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese das fases da PA. Amapá, 2016.....	80
Quadro 2 - Significados das deusas Greco-Romanas e Egípcias. Macapá. 2016. ..	87
Quadro 3 - Demandas apresentadas previamente pelas mulheres e tópicos adicionais. Amapá, 2016.	104
Quadro 4 - Questionário de avaliação das ações desenvolvidas na PA. Macapá, 2016.	120
Quadro 5 - Síntese da avaliação reflexiva da PA. Macapá, 2016.....	124
Quadro 6 - Síntese das percepções do pesquisador sobre as ações de pesquisa. Macapá, 2016.....	128
Quadro 7 - Tópicos e subtópicos indicados pelas mulheres para composição do conteúdo do material educativo. Macapá, 2016.	130

LISTA DE SIGLAS

DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EEIV	Eletroestimulação Intravaginal
FDA	Food and Drug Administration
HMML	Hospital da Mulher Mãe Luzia
ICS	International Continence Society
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RAP	Reabilitação do Assoalho Pélvico
RPG	Reeducação Postural Global
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Terapia Comportamental
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TMAP	Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico
TV	Treinamento Vesical
TVT	Tension-Free Vaginal Tape
UBS	Unidade Básica de Saúde
UI	Urgeincontinência
UNIFAP	Universidade Federal do Amapá
UTI	Unidade de tratamento Intensivo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
2.1 PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	26
2.2 PERSPECTIVAS DE PAULO FREIRE NA EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE.....	31
2.3 EXPERIÊNCIAS VIVIDAS POR MULHERES ACOMETIDAS PELA IU.....	32
2.3.1 A prevalência da IU no mundo e no Brasil	36
2.3.2 Causas e tipos de IU.....	37
2.3.3 Possibilidades de prevenção e tratamento	39
3 OBJETIVOS.....	66
3.1 OBJETIVO GERAL	66
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	66
4 METODOLOGIA	68
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	68
4.1.1 Método de pesquisa.....	68
4.1.2 O contexto da pesquisa	69
4.1.3 As participantes do estudo.....	70
4.2 BASES TEÓRICAS QUE SUBSIDIARAM O DESENVOLVIMENTO DA PA ...	73
4.2.1 Grupos focais.....	73
4.2.2 Entrevistas individuais	75
4.2.3 Ações educativas.....	75
4.3 ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	78
5 RESULTADOS.....	82
5.1 O DIAGNÓSTICO DA REALIDADE VIVIDA PELAS MULHERES PORTADORAS DE IU	82
5.2 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE.....	84
5.2.1 Os grupos focais.....	84
5.3 AÇÕES EDUCATIVAS.....	103
5.3.1 Primeira oficina	105
5.3.2 Segunda oficina	109
5.3.3 Terceira oficina	113

5.3.4 Quarta oficina	117
5.4 AVALIAÇÃO REFLEXIVA	119
5.4.1 Percepções das mulheres sobre a PA.....	120
5.4.2 Percepções do pesquisador sobre as ações de pesquisa	125
5.5 A ELABORAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO	128
5.5.1 Validação da cartilha por peritos.....	131
5.5.2 Validação do material educativo pelas participantes da pesquisa	131
5.5.3 Composição da versão final da cartilha	132
6 DISCUSSÃO	134
6.1 DIMENSÃO COLETIVA DA EXPERIÊNCIA DE SER INCONTINENTE	136
6.1.1 Elucidações advindas dos dados sociodemográficos das mulheres com IU participantes da PA.....	136
6.2 OFICINAS EDUCATIVAS: OS GANHOS SEGUNDO A AVALIAÇÃO DAS MULHERES PARTICIPANTES DA PA	138
6.3 O CONTEÚDO DO MATERIAL EDUCATIVO.....	139
6.4 DIMENSÃO INDIVIDUAL DA EXPERIÊNCIA DAS MULHERES COM IU	140
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	158
7.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	161
7.2 RECOMENDAÇÕES PARA NOVOS ESTUDOS.....	162
REFERÊNCIAS.....	165
APÊNDICES	174
ANEXOS	177

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Este estudo decorreu das experiências enquanto docente de um Curso de Licenciatura, cujo público-alvo era a população indígena do município de Oiapoque, Amapá (AP). Neste Curso, ministrei disciplinas relacionadas à educação e promoção da saúde. Nestas disciplinas, havia atividades que aliavam o ensino à extensão de serviços à comunidade, em que os alunos levantavam dados relativos às doenças prevalentes entre os indígenas. A partir desse levantamento, organizei com os alunos ações como palestras e materiais de suporte educativo como pôsteres e cartazes.

Ao desenvolver estas ações, percebi o grande envolvimento, não somente dos alunos do Curso de Graduação Intercultural, mas também de suas famílias. Estes familiares revelaram as situações em que viviam, para discuti-las e propor as possíveis ações.

Problemas coletivos, como o diabetes, a obesidade, o alcoolismo e as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), eram trazidos pelos acadêmicos para serem estudados. Este fato retratava o protagonismo dos mesmos com as duras realidades sociais com as quais conviviam. Percebi que este protagonismo, sobretudo dos alunos indígenas, advinha da possibilidade de poder participar ativamente no levantamento das realidades de saúde e doença dos membros de suas comunidades de origem. Mais ainda, poderiam colaborar efetivamente na elaboração de materiais educativos que pudessem ser utilizados por eles junto aos membros de suas comunidades.

Este protagonismo dos alunos de origem indígena possibilitou-me orientar trabalhos de conclusão de curso de graduação (TCCs) tendo como base a educação e promoção da saúde da população indígena. A título de exemplos, destaco aqui TCCs que versaram sobre temas como a educação em saúde para indígenas com diabetes, obesidade e hipertensão, entre outras patologias. Todos estes TCCs visavam melhorar a qualidade de vida da população afetada por estas doenças. Além disso, tive a oportunidade de desenvolver trabalhos de orientação para prevenir, não somente essas doenças, mas outras como o alcoolismo e as DSTs, cuja prevalência era alta entre os moradores das aldeias indígenas.

Essas experiências permitiram constatar o grande potencial representado pelas atividades de educação e promoção da saúde, em especial em áreas cujo acesso à saúde é muito precário. Constatei também que o empoderamento de uma dada população permite que a pessoa se torne mais autônoma, não apenas em relação à própria saúde, mas também de outras pessoas e do meio ambiente em que vive. Percebi a existência de estreitas relações entre a educação e a saúde, cujos entrelaçamentos permitem criar possibilidades reais de promoção e educação da saúde das pessoas e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de suas vidas. Verifiquei também que estes processos se concretizam, em especial quando as atividades são realizadas em conjunto, mediante ações coletivas.

Foi ainda com base nestas experiências de levantamento da prevalência de doenças nas comunidades indígenas que tive acesso a um contingente considerável de mulheres que eram múltiparas. Estas tinham muitos filhos, muitas delas eram “grandes múltiparas” e algumas chegaram a ter 15 filhos. Muitas destas mulheres apresentavam queixa de perda involuntária de urina. Diante desta problemática e pelo fato de possuir formação inicial e especialização na área de fisioterapia, pude perceber que a educação em saúde, quando aliada aos tratamentos tradicionais, representa uma possibilidade de tratar essa patologia e melhorar a qualidade de vida de mulheres acometidas pela incontinência urinárias (IU). Desse modo, desenvolvi estudo em nível de mestrado com foco neste tema, ao qual dei continuidade no doutorado.

Desta trajetória profissional, emergiu a motivação para desenvolver este estudo, que objetivou elaborar um material educativo mediante estratégia participativa, com a colaboração das mulheres acometidas pela IU. Para desenvolvê-lo, tomei por base referenciais teóricos da educação e promoção da saúde, que advieram, não apenas das experiências positivas obtidas em minhas vivências como docente de disciplinas voltadas à educação e promoção da saúde, ministradas no Curso Intercultural Indígena, mas também da experiência adquirida no desenvolvimento da dissertação de mestrado. Esta teve como foco a educação em saúde e se intitulou “Proposta de fortalecimento dos músculos pélvicos como coadjuvante do tratamento da incontinência urinária mista: um estudo de caso”.

Ao concluir esta pesquisa, pude perceber a aquisição de um olhar mais integrado da avaliação de pacientes com IU. Este olhar ampliado permitiu oferecer um tratamento constituído por um conjunto de técnicas fisioterapêuticas, associado

às atividades de educação em saúde, em especial os recursos da terapia comportamental.

Desse modo, foram desenvolvidos exercícios perineais mediante eletroestimulação com uso de aparelho eletroestimulador, exercícios cinesiológicos com uso de cones vaginais e o uso do aparelho de “perinabiofeedback”.

Os resultados desta pesquisa foram considerados muito bons, já que, após as 24 sessões realizadas durante três meses, ocorreu a conscientização da mulher sujeito da pesquisa, em relação à musculatura da região perineal. Isso a levou a contrair os músculos do assoalho pélvico voluntariamente, auxiliando-a no processo de continência e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida.

A experiência profissional, somada aos resultados positivos obtidos na pesquisa de dissertação de mestrado, contribuiu para fortalecer o desejo de ampliar a proposta de promover o autocuidado à saúde das mulheres portadoras de IU. Associa-se também a justificativa de que, no Estado do Amapá, o índice de natalidade é alto e há políticas públicas de incentivo ao parto vaginal, assistido por parteiras leigas. Assim, tendo em vista que uma das principais causas desta doença é a multiparidade, esses fatores contribuem para aumentar chances de um número cada vez maior de mulheres sujeitas a desenvolver IU.

Destarte, o estudo desenvolvido teve a finalidade de elaborar material educativo cujo conteúdo seja baseado nas necessidades expressas pelas próprias mulheres afetadas pela IU e servir de suporte às atividades de educação em saúde destas mulheres.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A IU é considerada problema de saúde pública mundial e epidemiologicamente relevante, porém ainda pouco considerada pelas políticas públicas, órgãos formadores e, conseqüentemente, pela avaliação clínica e intervenções. Essa realidade faz com que milhões de pessoas ao redor do mundo, sobretudo as mulheres, tenham que conviver com uma experiência de difícil enfrentamento, pelo fato de não conhecerem os avanços técnicos e científicos conquistados em relação à prevenção e à reabilitação da IU (Delarmelindo et al., 2013).

Embora a IU tenha sido considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como doença desde 1988, somente em 2001 foi incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID10) (Abrams et al., 2003). Por se tratar de uma epidemia silenciosa, apenas em 2005, durante a III Conferência Internacional de Incontinência, ocorrida em Paris, é que a IU passou a ser reconhecida como o terceiro maior problema de saúde, depois da cardiopatia e do câncer. Acomete principalmente mulheres de diferentes idades, independentemente de sua situação econômica ou hábitos culturais.

Essa nova visão sobre a IU levou a *International Continence Society (ICS)*, no ano de 2006, a considerá-la como queixa de qualquer perda involuntária de urina, descrita pela especificação dos fatores relevantes. Entre estes, citam-se: 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 essa causa (Liao et al., 2009).

A ICS define IU como uma condição na qual ocorre a perda involuntária de urina, que gera um problema social ou higiênico. Essa classificação é de acordo com os sintomas apresentados pela paciente, e os tipos mais encontrados são três: IU de esforço (IUE) – quando há perda da urina pelo meato uretral sincrônica com a realização de esforços, urgeincontinência (UI) – caracterizada pela perda urinária seguida da urgência miccional e IU mista (IUM) – quando ocorre perda urinária tanto à urgência quanto na realização de esforços (Abrams et al., 2003).

Outros autores conceituam IU de modo semelhante. Para Reis et al. (2003), trata-se de uma situação na qual a perda involuntária de urina constitui um problema social ou de higiene e que pode ser objetivamente demonstrado. A partir das ideias desses autores, entende-se que, embora a IU se apresente por definições de forma diversa, essas definições se aproximam.

O foco na IU como tema de pesquisa assume importância nos estilos de vida atuais e seus reflexos sobre a saúde. Nesse sentido, devemos considerar que as mudanças sócio-históricas e econômicas trouxeram em seu bojo formas e modos de viver diferenciados, em comparação aos últimos 50 anos. Nesse contexto, ingressam cada vez mais mulheres no mercado de trabalho, conquistando espaços historicamente reservados aos homens, o que as faz ganharem mais autonomia e voz nas realidades diversas da sociedade nacional e internacional.

Mas as mudanças sociais não vieram sozinhas. Trouxeram consigo muitos avanços científicos e tecnológicos que vão ao encontro dessa “outra mulher”. Esta tem atualmente maiores possibilidades de tratar seus males de saúde, graças às inúmeras ferramentas de cuidado e cura e aos avanços obtidos nos medicamentos. Em consequência, entre outros fatores e benefícios, a esperança de vida (ou vida média) das mulheres no Brasil aumentou entre 1997 a 2007, tendo passado de 73,2 para 76,5 anos. Para o sexo masculino, houve um aumento de 65,5 para 69,0 anos (IBGE, 2010). Essa realidade se expressa também no aumento das famílias intergeracionais, que possibilitam a convivência de até três gerações em um mesmo domicílio. Trata-se de fato de alta relevância econômica e social, pois os idosos, entre eles as mulheres, têm sido responsáveis por mais da metade da renda familiar, principalmente no Nordeste (IBGE, 2010).

No entanto, entendendo que longevidade significa viver com qualidade de vida, os estudiosos se debruçam para compreender e explicar a prevenção e cura das patologias que afetam as mulheres. Entre as diversas patologias reconhecidas que acometem as mulheres atualmente, destaca-se aqui a IU, que, de acordo com Volkmer et al. (2012), tem suscitado grande interesse dos profissionais da saúde, que consideram os diversos fatores e consequências que permeiam a vivência com essa patologia.

Independentemente do tipo de IU, os profissionais e pesquisadores que atuam na atenção à saúde da mulher têm desenvolvido estudos objetivando

promover a qualidade de vida das mulheres incontinentes. Estão preocupados, sobretudo, em relação às repercussões sociais que esta condição causa, que atingem a vida familiar, as relações afetivas e sexuais e, muitas vezes, até o desempenho no trabalho.

Nesse sentido, Botelho, Silva e Cruz (2007) chamam atenção ao fato de a IU ser considerada uma das novas epidemias do século XXI, que é agravada pelo contínuo aumento da esperança média de vida, sendo mais frequente nas mulheres. Destacam também que as perdas involuntárias de urina interferem de forma devastadora na qualidade de vida das mulheres. Apesar disso, a IU feminina continua a ser subdiagnosticada e subtratada. Estima-se que apenas uma em cada quatro mulheres sintomáticas procura ajuda médica, já que a IU é vista de forma errônea, ou seja, como uma consequência natural da idade que não possui tratamento eficaz. Consequentemente, a IU consiste em uma epidemia silenciosa.

No Brasil, não existem dados precisos a respeito da prevalência da IU, uma vez que as pesquisas estão centralizadas no eixo dos grandes centros de estudos, em especial no Estado de São Paulo (Amaro et al., 2008). No entanto, sabe-se que cerca de cinco por cento da população brasileira sofre perda de urina, embora se estime que o total de pessoas afetadas na realidade seja maior do que o demonstrado por pesquisas, uma vez que há portadores deste problema que não informam os profissionais de saúde.

A perda de urina pode ocorrer de forma transitória, por vezes associada a infecções urinárias, diabetes descompensada, uso de determinados fármacos (como os diuréticos, bloqueadores adrenérgicos, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, que podem provocar tosse, benzodiazepinas ou outros neuroléticos), consumo de álcool ou cafeína, distúrbios emocionais ou a obstipação. Essa perda de urina transitória apresenta melhora após o tratamento da causa subjacente. No entanto, para a grande maioria das mulheres, a IU se manifesta como doença crônica de início gradual, mas com agravamento progressivo, tendo por causa diversos fatores (Botelho, Silva e Cruz, 2007).

A IU pode decorrer de muitos fatores, entre eles, a paridade, tipos de parto, a idade e mudanças hormonais próprias da menopausa, o peso do recém-nascido, o tabagismo, a obesidade, as atividades físicas de alto impacto, assim como diversos processos fisiopatológicos e situacionais (Fozzati, 2008). Entretanto, estudos

epidemiológicos demonstraram a responsabilidade da gestação e do parto como os maiores desencadeadores dos sintomas miccionais (Pereira et al., 2009).

Existem muitos tratamentos para esta patologia, entretanto, os que mais se destacam e possuem maior acessibilidade são os tratamentos cirúrgicos, embora haja outros de natureza mais conservadora, que vêm ganhando espaço nos últimos anos, mais especificamente os tratamentos fisioterápicos (Stephenson e O'connor, 2004; Moreno, 2009; Palma, 2009).

A importância que tem sido dada aos tratamentos fisioterápicos deve-se aos estudos que demonstraram uma causalidade neuromuscular para a ocorrência do prolapso genital e a IU. Entre as técnicas não cirúrgicas que se inserem na área da fisioterapia, destacam-se os exercícios da musculatura pélvica, que são realizados por meio da eletroestimulação, da cinesioterapia com o biofeedback e de cones vaginais, além do que se chama de tratamento ou terapia comportamental, que pode ser utilizado de forma isolada ou associado a outras técnicas. Esses tratamentos são descritos mais adiante, de modo mais detalhado.

A terapia comportamental apresenta vantagens, em especial porque permite associar variadas técnicas no tratamento da IU. No entanto, o seu maior destaque encontra-se no fato de o tratamento centrar-se na educação para o autocuidado mediante conscientização e conhecimento mais aprofundado da paciente acerca de seu próprio corpo. Essa terapia também traz em seu bojo a mudança de hábitos, que podem auxiliar na cura ou diminuição dos sintomas da patologia, promovendo a saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

A promoção da saúde é uma estratégia promissora de enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe-se a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (Buss, 2000; 2003; Lefèvre, 2000).

Na Carta de Ottawa (WHO, 1986), um dos documentos que introduziu o conceito de promoção da saúde, vigente atualmente, o termo “promoção em saúde” está associado a um conjunto de valores, entre eles, a qualidade de vida, a saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. O referido termo engloba também uma combinação de estratégias, tais

como as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos.

Nesta Carta, foram propostos cinco campos centrais de ação, a saber: elaborar e implementar políticas públicas saudáveis; criar ambientes favoráveis à saúde; reforçar ações comunitárias; desenvolver habilidades pessoais e reorientar o sistema de saúde. Nela também foi definido o conceito de promoção da saúde como processo que promove a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de sua saúde, tendo mais e maior participação no controle deste processo (Buss, 2000; 2003; Lefèvre, 2000).

Foram estabelecidas algumas áreas operacionais para implementar estratégias de promoção da saúde constantes na Carta de Ottawa. Entre elas, foi incluída a elaboração de projetos que preconizem propostas que gerem saúde e garantam melhor qualidade de vida para a população. Constata-se, portanto, que os significados atribuídos à saúde são abrangentes, pois envolvem o entendimento do completo bem-estar físico, mental e social.

Para que esta condição possa ser alcançada, os indivíduos e grupos precisam ser envolvidos ativamente na promoção à própria saúde e das pessoas em seus entornos. Desse prisma, avalia-se que a fisioterapia deve desempenhar o seu papel mediante atuação no campo da urologia e uroginecologia, de modo a promover a saúde, que consiste no principal aspecto a ser alcançado (Lima, 2010).

Frente a essas perspectivas, aliadas à experiência positiva no desenvolvimento da pesquisa de mestrado, especialmente o uso da terapia comportamental no tratamento da IU, por meio da educação em saúde, percebe-se o grande potencial representado por um trabalho de pesquisa. Visa promover a saúde das mulheres portadoras de IU, em especial, mediante estratégia embasada na pedagogia emancipatória, por meio da produção de um material educativo para subsidiar este processo.

A inserção de materiais educativos na área de saúde é uma realidade, pois estes vêm sendo cada vez mais reconhecidos e utilizados por pesquisadores e

entidades governamentais e não governamentais enquanto material de suporte nas atividades de prevenção e orientação acerca de diversas patologias.

No entanto, apesar de se ter esse reconhecimento, não há, na literatura da área, notícias de materiais educativos voltados exclusivamente para a promoção da saúde da mulher com IU. Não foram identificados materiais que tenham sido elaborados de forma participativa, ou seja, com seu conteúdo composto com base nas necessidades expressas pelas próprias mulheres afetadas por esta doença. A escassez desse tipo de material educativo, associada a outros aspectos mencionados, justificou o desenvolvimento desta tese de doutorado.

Visando a contribuir na qualificação da assistência à mulher portadora de IU, buscou-se, por meio deste estudo empírico, encontrar respostas aos seguintes questionamentos:

- Quais são as experiências vividas pelas mulheres que apresentam IU?
- Quais são as demandas das mulheres relacionadas ao fato de serem portadoras de IU e quais são as possibilidades de corresponder a elas, segundo as perspectivas das próprias mulheres?
- Como tais demandas podem ser exploradas e correspondidas enquanto conteúdos de um material de suporte educativo?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O termo promoção em saúde foi usado pela primeira vez por Sigerist em 1946, quando enumerou as quatro tarefas essenciais da medicina: promover a saúde, prevenir as doenças, recuperar os enfermos e reabilitar. A saúde é promovida quando se disponibilizam condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso. Para que tais condições sejam proporcionadas às pessoas, é necessário um esforço coordenado de diversos setores, entre eles, as políticas sindicais e empresariais, educação e medicina adequados (Buss, 2000).

Ainda, a partir de Buss (2000), verifica-se que este movimento surgiu no Canadá, em 1974, quando se divulgou o documento que tratava de “Novas perspectivas para a saúde dos canadenses”, conhecido como Informe Lalonde. A realização desse estudo canadense teve como motivação os custos crescentes da assistência à saúde e o questionamento do modelo centrado no médico e no foco das doenças crônicas, já que os resultados apresentados eram pouco significativos.

Mas o termo promoção em saúde passou a ser reconhecido a partir da publicação da Carta de Ottawa (WHO, 1986). Esta carta foi produzida na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na Cidade de mesmo nome, localizada no Canadá. Esta Conferência ocorreu em novembro de 1986 e produziu uma Carta de Intenções, que previa ações e diretrizes à saúde para todos no ano 2000 e anos subsequentes (Buss, 2000).

A produção da Carta, conforme explica ainda o mesmo autor, consistiu numa resposta às crescentes expectativas por uma “nova saúde pública” como um movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões da Conferência, refletidas na Carta, basearam-se nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os cuidados primários em Saúde, constante no documento da OMS sobre saúde para todos (Buss, 2000).

Também alicerçou a produção da Carta o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor, em que a promoção em saúde deve consistir-se em proporcionar à população capacitação

para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação dessa população no controle deste processo (WHO, 1986),

O teor da carta revelou que a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde pelo fato de envolver, além de um estilo de vida saudável, a necessidade de um bem-estar global. Por isso, foi considerada a necessidade de um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (WHO, 1986).

Desse modo, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, as pessoas precisam aprender a identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Portanto, “a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver”. Nesse sentido, a saúde passa a ter um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, além das capacidades físicas (WHO, 1986).

O conceito moderno de promoção da saúde e suas conseqüentes práticas surgiram e se desenvolveram de forma mais vigorosa nas últimas décadas do século passado. E foram quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde que inspiraram o desenvolvimento das bases conceituais e políticas desse conceito. Entre essas conferências está a de Ottawa, aqui descrita, além da conferência de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis, ocorrida na II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Austrália, em 1988; Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde, realizada na III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Suécia, em 1991, e a Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI, em diante, na IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida na Indonésia, em 1997. Além disso, houve ainda, na América Latina, em 1992, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, na Organização Pan-Americana (OPAS), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional (Buss, 2000).

Discussões a respeito da temática da promoção da saúde remontam a reflexões feitas por Leavell e Clark na década de 1970. Esses autores utilizaram o conceito de promoção da saúde para desenvolver o modelo da história natural da doença, que comporta três níveis de prevenção. A partir destes três níveis de prevenção, poderiam ser aplicadas medidas preventivas, que estariam na

dependência do grau de conhecimento a respeito da história natural de cada doença.

Assim, a prevenção primária precisaria ser desenvolvida no período de pré-patogênese, a partir de algumas medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral melhor, pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. A educação em saúde é elemento importante para esse objetivo (Buss, 2000).

Buss (2000) explica que Leavell e Clark (1976) afirmavam que os procedimentos para a promoção da saúde incluem um bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases do desenvolvimento humano, além do atendimento das necessidades para o bom desenvolvimento da personalidade, incluindo aconselhamento e educação adequados dos pais, em atividades individuais ou de grupos, bem como educação sexual e aconselhamento pré-nupcial; moradia adequada; recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho. A orientação sanitária nos exames de saúde periódicos e o aconselhamento para a saúde em qualquer oportunidade de contato entre o médico e o paciente, com extensão ao resto da família, estão entre os componentes da promoção (Buss, 2000).

O enfoque dado por Leavell e Clark (1976) sobre a promoção em saúde era muito centrado no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos, dentro de certos limites, sendo, de certo modo, inapropriado para o caso das doenças crônicas não transmissíveis. Mas foi graças ao movimento de prevenção das doenças crônicas que a promoção da saúde passou a associar-se a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, e não mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias (Buss, 2000).

Em direção semelhante, Lefèvre (2000) afirma que a promoção da saúde deve ser considerada como um progresso nas estratégias da saúde coletiva, em que sua abordagem desloca o foco do indivíduo para o universo do coletivo como a cidade, o meio ambiente e a escola. Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2010), a promoção da saúde deve ser vista como estratégia de produção de saúde, uma forma de pensar e operar de modo articulado, envolvendo diversas políticas e tecnologias disponíveis no sistema de saúde brasileiro, de modo a contribuir para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde.

Entretanto, ainda persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificar, analisar e avaliar ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa. Faz-se necessário ainda que, nesses estudos, seja verificado se essas ações estão associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na PNPS, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade.

Para tentar favorecer a promoção da saúde no Brasil, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde. Esta se deu na perspectiva da produção da saúde, considerando um cenário sócio-histórico cada vez mais complexo, que exige reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde. Nesse sentido, a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (PNPS, 2010).

A promoção deve se processar, portanto, segundo uma ampla articulação entre o individual e o coletivo, o público e o privado, o estado e a sociedade, a clínica e a política, o setor sanitário e outros setores. É preciso tentar romper a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos derivados desse processo (PNPS, 2010).

Vale lembrar que o Sistema Único de Saúde-SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde. A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (PNPS, 2010).

Com a capacitação e empoderamento da população, o indivíduo se torna capaz de exercer um maior controle sobre sua saúde, das outras pessoas e do meio ambiente em que vive, tomando decisões que possam conduzi-lo a uma saúde melhor, aumentando, assim, sua participação nos movimentos relacionados à saúde

e à qualidade de vida. Desta forma, com a promoção da saúde, estabelece-se uma nova ordem na distribuição de deveres e direitos entre o Estado e a sociedade, entre indivíduos e coletivos, entre público e privado. Isso pode ocorrer por meio da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais (Lopes et al., 2010).

Assim, é fundamental a articulação entre educação e saúde, pois abre possibilidades reais de promoção da saúde das pessoas, principalmente se forem realizadas por meio de ações coletivas. A promoção da saúde utiliza métodos e processos participativos e problematizadores, preconizados e consolidados, buscando práticas inovadoras a partir da realidade num processo dialógico e horizontalizado de construção e reconstrução compartilhada do conhecimento e na ação coletiva para a transformação social (Diretrizes para a Educação em Saúde, 1989).

Em parceria, a população e os profissionais dos serviços de saúde devem ser vistos como sujeitos (atores) que, frente à realidade, procuram conhecê-la, compreendê-la, desvendá-la e atuar sobre ela para transformá-la. À medida que vão transformando-a, os sujeitos se transformam dentro deste processo, num respeito mútuo entre os saberes científicos e populares, cujos elementos não se sobrepõem, mas se reconstróem (Diretrizes para a Educação em Saúde, 1989).

A educação em saúde busca valorizar as experiências e conhecimentos vividos, bem como os valores étnico-culturais em consonância com os atores, princípios e diretrizes do SUS “num processo de diálogo”. Nesse sentido, envolve as pessoas, na reflexão sobre aspectos de sua realidade (problemas de saúde, habitação, produção, renda, educação, saneamento, meio ambiente, entre outros), investiga as causas dessa realidade, pensa no desenvolvimento de um plano de ação para solucionar problemas identificados pelos grupos e atua na organização de um grupo permanente para execução e avaliação das ações de continuidade (Diretrizes para a Educação em Saúde, 1989).

2.2 PERSPECTIVAS DE PAULO FREIRE NA EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE

Na perspectiva de Freire (1997), toda ação educativa pressupõe o diálogo, a troca, a interação com o outro. Para este autor, o diálogo é uma exigência existencial. É o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado. Não pode ser reduzido a um ato de depositar ideias de um no outro, mas sim a um ato de criação responsável para libertação dos homens.

Freire explica ainda que a educação destina-se a formar a consciência crítica e a autonomia. Requer a escuta ativa e o diálogo aberto e igual, já que o objetivo final da educação não é apenas uma compreensão da informação, mas incentivar as pessoas a definir os seus próprios problemas, encontrar as soluções para si e lidar com eles de forma eficaz, mesmo sob o aspecto emocional.

Pode-se atestar o quanto a educação, nessa perspectiva apontada por Freire, pode favorecer o empoderamento e a autonomia dos sujeitos, a partir dos estudos de Tadeo et al. (2012). Esses pesquisadores explicam que o fator educação na promoção do empoderamento do paciente para assumir responsabilidade pelas decisões sobre sua vida e saúde é o principal desencadeador dos outros aspectos que potencializam ações de autocuidado.

Comprovam ainda isso quando dizem que os próprios usuários relatam que o “não conhecimento acerca de sua doença”, assim como “a gravidade” e as possíveis “complicações”, leva ao não seguimento das orientações sugeridas pelos profissionais. Assim, sugerem os referidos autores que um dos caminhos para o desenvolvimento do cuidado permanente é a abordagem do usuário enquanto cidadão e protagonista.

O autocuidado é evidenciado de forma relacional, em que paciente e profissional dependem um do outro para realizar o cuidado. Nesta vertente, o conhecimento e o acesso às informações são imprescindíveis para a realização de escolhas, e nisto incluem-se as práticas de empoderamento, que podem atender à estratégia básica para a promoção da saúde, considerada como tecnologia educacional inovadora (Taddeo et al., 2012).

Nesse sentido, a perspectiva de educação que se considera aqui tem por base as concepções teóricas de Paulo Freire, em que se valoriza a interação dialógica dos encontros na troca de experiências e vivências.

2.3 EXPERIÊNCIAS VIVIDAS POR MULHERES ACOMETIDAS PELA IU

A condição da mulher com IU é detalhada por relatos de suas experiências atestadas por alguns estudos, como o realizado por Akyuz et al. (2013), que descreveram os sentimentos e experiências das mulheres com IU, focalizando os impactos dessa patologia sobre suas vidas sexuais. Nesses estudos, verificou-se que, segundo as mulheres participantes, a IU gera um sentimento de constrangimento durante a relação sexual e que isso tem levado a uma incapacidade de desfrutar dessas relações, causando perda do desejo sexual e, consequentemente, a não realização de relações sexuais (Akyuz et al., 2013).

Um dos desafios de viver com IU, segundo as experiências das próprias mulheres que sofrem moralmente e psicologicamente com o impacto da IU, é enfrentar esse problema adquirido, sobretudo a partir da experiência da gravidez e parto vaginal. Nos estudos de Delarmelindo et al. (2013), a associação da IU com a gravidez é referida pelas mulheres como um fenômeno natural que pode ser experimentado durante a primeira gravidez e agravado com a multiparidade materna, parto vaginal e peso da prole.

Os estudos destes pesquisadores apontam a vivência de mulheres relativas à IU, onde se destaca a consideração desta doença como uma experiência desagradável, baseada em sentimentos repulsivos que emergem da interação com o parceiro. Na maioria das vezes, essas mulheres interrompem o projeto de vida e o direito de continuar experimentando o bem-estar, enquanto o problema persistir (Delarmelindo et al., 2013).

Outro sentimento apresentado pelas mulheres é o de apreensão no que tange à possível percepção pública do problema. Essa apreensão foi representada por elas mediante quatro categorias mutuamente interligadas: iminente necessidade de urinar, não sendo capaz de reter a urina; vendo-se molhada em público e medo de ser percebido o odor de urina. Estes processos expressam a perda de autonomia da mulher em relação ao controle da urina, o que resulta na percepção constante de

estar molhada, fato que faz com que ela procure um banheiro para prevenir a fatalidade da perda involuntária de urina ou o exalar do odor da excreção. É o sentimento de estar moralmente vulnerável (Delarmelindo et al., 2013).

Há ainda, segundo Delarmelindo et al. (2013), a inferência de que a desconsideração do Sistema Único de Saúde (SUS) acerca de investimentos no processo de reabilitação da IU possa estar fragilizando os próprios programas de incentivo ao parto vaginal. Apontam a perpetuação do sofrimento da mulher com IU, que, na maioria, não tem acesso à reabilitação por falta de programas voltados às reais necessidades dessas usuárias do SUS (Delarmelindo et al., 2013).

As pesquisas de Gjerde et al. (2013) também explicitam a visão das mulheres sobre o que é viver com IU. Elas relatam que o relacionamento conjugal e a vida social foram motivo de grande preocupação. Vergonha e medo da discriminação levaram a grandes esforços feitos pelas mulheres na tentativa de ocultar a perda involuntária de urina. As mulheres que não obtiveram êxito nesse intento foram vítimas de comentários humilhantes e atitudes discriminatórias por parte de seus interlocutores. Muitas vezes, estes problemas motivaram o divórcio e o autoisolamento. Muitas mulheres se restringiram a tentar se manter limpas, a divulgar o problema vivenciado apenas para poucas pessoas, a obter informações sobre como acessar a assistência à saúde.

Resultados de outro estudo demonstraram que estar em uma situação vulnerável significa ficar sem controle sobre a IU. Consequentemente, as mulheres se sentiram impotentes, com o corpo descontrolado e visualizavam a incontinência como tabu. Para conviver com a IU, elas procuraram manipular sua incontinência de diferentes maneiras, na tentativa de recuperar o poder sobre o corpo e viver normalmente. Para tanto, recorriam a estratégias como viver em prontidão, tentar compreender a perda de urina a ponto de aceitar tal condição, pois entendiam que estar familiarizadas com a IU significava melhorar as condições para administrar a própria vida (Hägglund e Ahlström, 2007).

Para as mulheres, a perda urinária é um assunto que deve ser escondido, um obstáculo nas interações interpessoais, um estigma que impede a busca de tratamento. Elas convivem com o medo e a vergonha. Calam-se, sofrem sozinhas, e, para resistir, reagem com a solidão. A IU é uma condição constrangedora, com profundas sequelas psicossociais, e há evidências de implicações psicológicas na

vivência familiar, profissional e social. O medo de que o odor possa ser percebido pelas pessoas demonstra ser de alto impacto na restrição social. Além disso, sentem vergonha quando, como dizem, esta “desgraça” lhes sucede em público, principalmente em eventos sociais (Higa et al., 2010).

As mulheres apresentaram também medo de perder o emprego ou mudar de função por restrições laborais causadas por limitações das atividades. Contudo, o grau e a amplitude da angústia experimentada estavam relacionados com as reações de cada pessoa e como cada mulher percebia a sua incontinência. As mulheres também vivenciaram a perda urinária como tabu, tentaram manipulá-la para controlar suas funções corporais e demonstraram continência para viver com certa “normalidade”. As estratégias para o controle de vestígios da IU foram sendo construídas socialmente, visto que existem normas culturais quanto ao manejo das eliminações por serem associadas à sujeira e, quando alguns adultos não conseguem cumpri-las, são estigmatizados (Higa et al., 2010).

A atitude das pessoas em relação à real capacidade de conviver com a IU deriva de ideias culturais sobre o que a incontinência simboliza para si e para a sociedade em que se vive. Assim, as atitudes de aceitação da perda do controle sobre as funções corporais, inclusive a IU, alteram-se de acordo com os valores culturais e crenças prevalentes culturalmente, inclusive no que diz respeito ao descontrole sobre as próprias condições de higiene corporal (Higa et. al., 2010).

Ao observar resultados de pesquisas com participação de mulheres de diferentes culturas, constatou-se que os significados atribuídos à perda urinária eram similares para mulheres orientais e ocidentais. Ambas relataram sentimentos de desespero, impotência, desamparo e angústia em relação à IU. Todavia, entre as mulheres adeptas a determinadas religiões, a incontinência provocava limitações sobre a vida religiosa, sobretudo entre as judias e as muçulmanas, devido à necessidade que elas tinham de estarem limpas para orar.

Para um grupo de mulheres brasileiras, a IU provocou impactos na vida social e no bem-estar. O manejo da IU fez com que as mulheres tivessem vivenciado sentimentos negativos, como a tristeza e a depressão (Higa et. al., 2010). Outro estudo apontou que, entre 41% e 79% das brasileiras, não procuraram ajuda médica para tratar da IU. Um dos principais motivos alegados foi porque consideravam o problema urinário irrelevante. Atitudes como estas impedem a realização do

diagnóstico e tratamento precoces, agravam os sintomas, prejudicam o desempenho sexual, ocupacional e social e interferem negativamente sobre a qualidade de vida. Porém, a literatura brasileira mostra poucos estudos qualitativos com abordagem sobre a vivência de mulheres com perda urinária e raramente aprecia os aspectos subjetivos dos significados atribuídos a este sintoma.

Neste contexto, considerando o grande número de mulheres brasileiras pertencentes a grupos sociais de trabalhadoras com baixa situação socioeconômica e educacional, pressupõe-se que, para esse grupo de mulheres em idade reprodutiva, o quadro de deficiência social e educacional interfere nos significados da IU e na adaptação dos mecanismos desenvolvidos para lidar com a perda de urina na sua rotina diária (Higa et. al., 2010).

A maioria das mulheres descreve a IU como uma perda inconsciente e descontrolada de urina. Ao lidar com estas experiências inesperadas, as participantes identificaram três medos específicos: “medos dos outros saberem”, “temores de desperdício de recursos” e “temores de agravamento da condição”. Elas receavam que os outros soubessem de sua condição do estado psicológico e das angústias de serem provocadas pelos outros por molharem suas roupas em público. Outra parte difícil de lidar com IU foi o medo de os outros perceberem o odor corporal ofensivo. Este fato foi descrito como sendo o mais vergonhoso e humilhante para as mulheres que participaram do estudo (Li et al., 2007).

Apesar de todas as mulheres deste estudo terem procurado tratamento, não tinham percepção de que a IU era uma doença e de que esta seria séria o suficiente para justificar a procura por ajuda profissional. A não ser quando informações claras e acessíveis estavam disponíveis de modo a alterar suas percepções sobre IU, a busca de ajuda continuava a ser um obstáculo, particularmente entre as mulheres que percebiam a IU como um problema social e de higiene (Li et al., 2007).

Os estudos sobre IU são unânimes em concluir que ela provoca danos, não apenas físicos, mas também psicológicos às mulheres que sofrem desse problema. O grau de angústia experimentado e a amplitude das dificuldades estão relacionados à idade, etnia ou religião e às percepções que cada pessoa tem em relação à incontinência sofrida, causando transtornos emocionais de diferentes níveis e a busca ou não pelos tratamentos. Associam-se a isso as barreiras percebidas no desenvolvimento de práticas de autocuidado. Sendo assim, a IU pode

gerar sofrimento e as mulheres incontinentes enfrentam dificuldades de intensidade e natureza diversa para lidar com esse problema (Caldas et al., 2010).

Os sintomas urinários constituem uma condição debilitante, seja na esfera física ou psicológica, e cerca de metade das mulheres relata alguma limitação de estilo de vida, tais como evitar transporte público, evitar sair de casa, ou evitar intercurso sexual por receio de apresentar perdas urinárias. Como consequência, a qualidade de vida é afetada consideravelmente, podendo levar à depressão, baixa estima, solidão, entre outros problemas que afastam as pessoas afetadas de sua vida social e profissional.

2.3.1 A prevalência da IU no mundo e no Brasil

Aproximadamente 200 milhões de pessoas no mundo apresentam algum tipo de IU, ocorrendo mais em mulheres do que em homens. Estima-se que uma em cada quatro mulheres apresenta perda urinária involuntária (Ortiz, 2004). Estudo desenvolvido com idosos de ambos os sexos, moradores da Cidade de São Paulo, apontou que 20% destes eram portadores de IU, respondendo por 16% e 33%, respectivamente, nos grupos entre 60 e 74 anos e 75 anos ou mais. Em mulheres, esse valor chegou a 26%, sendo este, portanto, bem mais elevado que nos homens. Tal estudo comprovou haver maior probabilidade de mulheres serem acometidas por IU, não só idosas, mas também jovens e na meia-idade.

Estudos sobre a IU no mundo demonstraram que essa patologia acomete milhares de pessoas, homens e mulheres. Os Estados Unidos da América apresentaram um índice de aproximadamente 25 milhões de norte-americanos adultos, com prevalência de mulheres, com IU de Esforço (IUE). Esse índice atingiu uma média de 50% das mulheres, principalmente as mais jovens, que tiveram seus sintomas agravados com o avanço da idade.

No Reino Unido, os estudos apresentaram que cerca de 30% dos indivíduos com 40 anos ou mais vivenciavam alguma forma de disfunção do trato Urinário Inferior. Esses estudos apontaram ainda que a prevalência de IU com episódios de perdas involuntárias de urina ficou em 14%, ocorrendo várias vezes ao mês, semelhantes aos resultados de pesquisas desenvolvidas nos demais países da Europa (Abrams et al., 2009).

Em estudo realizado na Coreia, com a participação de mulheres com IU, com idade entre 30 e 39 anos, o índice de portadores de IU foi de 36%, seguido 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 (Kang et al., 2008). Enquanto, na Suécia, a IU foi relatada por 39% dos idosos (Stenzelius et al., 2006).

2.3.2 Causas e tipos de IU

Estudos realizados sobre as causas da IU destacaram que a multiparidade é um fator determinante. Para as mulheres múltiparas, os riscos de desenvolver IU chegam a ser de 1,29% e 1,41% maiores de desencadear noctúria e polaciúria, respectivamente, e 5,2 vezes mais chances de desencadear enurese noturna, quando comparadas às nulíparas (Abrams et al., 2009; Oliveira et al, 2010) Entre os vários tipos de IU em mulheres, a de maior ocorrência é a IU de esforço (IUE), definida como a queixa de perda involuntária de urina no esforço físico, espirro ou tosse (Abrams et al., 2009; Oliveira et al, 2010).

Ao longo do último século, várias teses surgiram na tentativa de explicar a IUE. Tais teorias se baseavam no entendimento dos mecanismos de continência urinária em cada momento histórico, tendo assim gerado muitas hipóteses acerca das causas dessa patologia. No entanto, apesar de diversas hipóteses terem surgido a respeito da sua etiologia, duas principais dominaram a literatura médica: uma relacionada a um suporte insuficiente ou patológico da parede vaginal anterior e outra focada na presença de uma disfunção uretral intrínseca. Desse modo, como forma de tratamento da IUE, vários métodos de tratamentos e procedimentos cirúrgicos foram propostos, estimando-se que já se tenha utilizado aproximadamente mais cem métodos de tratamento (Palma, 2009).

A segunda causa mais frequente decorre de hiperatividade detrusora, traduzida, na maior parte das vezes, pela IU de urgência (IUU) – perda involuntária associada à forte desejo miccional. Muitas vezes, pode-se encontrar a associação dos dois tipos de queixa, caracterizando a Incontinência Urinária Mista (IUM) (Borges et al., 2010).

De acordo com a Associação Portuguesa de Urologia (2010), a IUU frequentemente está associada a patologias neurológicas, como o mal de Parkinson,

a esclerose múltipla, os traumatismos vertebromedulares. Mas ela pode ocorrer sem que haja qualquer associação com alguma patologia conhecida.

Outro tipo de IU muito frequente em mulheres é a IU mista (IUM), cuja ocorrência foi explicada pela Teoria Integral da Continência. Trata-se de Teoria que foi descrita por Peter Petros e Ulmsten, que demonstraram, de forma integrada, os mecanismos fisiopatológicos e os sintomas como urgência, polaciúria, noctúria e alterações do esvaziamento vesical e intestinal associados.

Segundo esta teoria, os sintomas da IU são decorrentes de modificações teciduais dos elementos de suporte suburetral, dos ligamentos e dos músculos do assoalho pélvico. Quando a tensão é aplicada sobre estas estruturas danificadas, ocorre abertura do colo vesical e uretra, favorecendo a IU. Essas alterações de tensão sobre a vagina também ativariam, de forma prematura, o reflexo miccional, desencadeando contrações involuntárias do músculo detrusor, assim causando a urgência e a urge- IU. Destarte, a IUM é consequência da somatória destas alterações (Palma, 2009).

Entre outras causas da IU, a relação entre redução e controle de peso e a intensidade da IU está bem estabelecida e demonstra resultados favoráveis. Ou seja, o sobrepeso tem sido considerado como causa de IU. O consumo de cafeína é outro fator que tem sido apontado pelos estudos como bastante relacionado à intensidade dos sintomas urinários. E a literatura demonstrou resultados positivos da redução de seu consumo no manejo da IU. As pesquisas têm ainda demonstrado que a restrição no consumo de álcool pode proporcionar alguma melhora da continência em pacientes com hiperatividade detrusora. O uso de tabaco está relacionado ao aumento da incontinência, seja por hiperatividade detrusora causada pela ação colinérgica da nicotina, seja por incontinência de esforço decorrente do aumento e intensidade dos episódios de tosse e sintomas brônquicos (Zerati et al., 2009; Botelho et al, 2007; Higa et al, 2006).

A obstipação intestinal está relacionada com sintomas miccionais, principalmente em portadoras de prolapso genital, por isso recomenda-se uma alimentação rica em fibras que auxilia no funcionamento do intestino. Pacientes incontinentes tendem a ser mais sedentárias e a evitar mais a realização de exercícios físicos quando comparadas a mulheres normais (Zerati et al., 2009; Botelho et al, 2007; Higa et al, 2006).

2.3.3 Possibilidades de prevenção e tratamento

Conforme se explicou anteriormente, as pesquisas sobre IU têm mostrado tratar-se de um problema de saúde que causa grande impacto na vida social das mulheres. Esses estudos têm atestado ainda que apenas uma pequena parte das pessoas que sofrem com esta condição procura ajuda profissional. Este tipo de atitude tem decorrido da timidez e da falta de conhecimento das possibilidades de tratamento. Em geral, os pacientes somente têm buscado ajuda quando a perda urinária causa desconforto muito grande.

Zerati et al. (2009), ao analisarem as causas da não procura por suporte profissional, concluíram que 11% dos portadores de IU imaginavam que os sintomas eram normais, 18% temiam identificar a necessidade de alguma cirurgia, 47% se julgavam tímidos e não conseguiam abordar o assunto com o profissional de saúde e 66% esperavam que os sintomas melhorassem com o passar do tempo.

Em consequência desse tipo de comportamento, têm-se restringido as possibilidades de adotar práticas preventivas e há predomínio das práticas curativas por meio invasivo, que são métodos cirúrgicos, sobretudo dos casos avançados de IU, que mais têm chegado aos profissionais. Essa prevalência se apresenta apesar dos avanços consideráveis da eficácia das terapias físicas, que, acrescidas de alterações no estilo de vida, têm gerado grande atrativo como primeira linha de conduta no manejo de pacientes com distúrbios da continência urinária (Zerati et al., 2009).

A efetividade das terapias físicas e das mudanças comportamentais foi comprovada em boa parte da literatura. Os riscos de seu emprego são geralmente pequenos, e a percepção das pacientes quanto ao seu resultado é bastante favorável. Além disso, são economicamente atraentes e não conflitam com o eventual uso futuro de terapias mais invasivas. Agem também como forma de prevenção do agravamento da patologia (Zerati et al., 2009; Oliveira et al., 2007).

Assim, ainda tendo por base o mesmo autor, verificamos que ele mostra o treinamento dos músculos do assoalho pélvico, como uma terapia efetiva de tratamento e prevenção de IU, sobretudo na IUE. Verifica-se também que a eletroterapia e o treinamento vesical são mais indicados no manejo de portadoras de

hiperatividade detrusora, sendo considerados por alguns pesquisadores como as primeiras opções terapêuticas (Zerati et al., 2009; Oliveira et al, 2007).

A literatura da área apresenta diversas modalidades de tratamento da IU em mulheres, entre elas destacam-se os métodos cirúrgicos, os métodos medicamentosos e os métodos fisioterápicos e de reeducação. Desse modo, neste ponto do estudo, faz-se uma síntese dos mesmos, buscando descrever as potencialidades e fragilidades de cada um. Além disso, tentar-se-á mostrar o papel da fisioterapia tanto como coadjuvante de outros métodos, como também seu papel na possibilidade preventiva e de cura.

2.3.3.1 Métodos cirúrgicos

Estudos sobre as técnicas cirúrgicas apontam que se têm diversas técnicas direcionadas para o tratamento da IU e atestam inclusive que são descritas aproximadamente mais de cem técnicas cirúrgicas (Castro et al., 2006). No entanto aqui são trazidas algumas mais consideradas na literatura da área.

Procurou-se fazer uma síntese das principais técnicas cirúrgicas consideradas na literatura como as mais utilizadas e eficazes. Para isso, seguem-se suas descrições, bem como as limitações que as mesmas podem apresentar.

A primeira, colpofixação retropúbica, é realizada pela técnica de Burch ou de Marchall-Marchetti-Krantz; a segunda técnica, em que se utiliza o *sling* vaginal ou de aponeurese; e a terceira, TVT (tension-free vaginal tape), é uma técnica recentemente introduzida no arsenal terapêutico, mas já reconhecida por suas grandes vantagens, sobretudo em termos de recuperação pós-operatória. Embora já em desuso, será ainda descrita, embora de modo breve, outra técnica, chamada de Kelly-Kennedy, a título de ilustração, uma vez que foi, por longo tempo, utilizada no tratamento da IUE, por via vaginal.

A colpofixação retropúbica é um procedimento descrito já em 1949, cuja técnica cirúrgica permite corrigir a hipermobilidade do colo vesical e melhorar o desempenho dos mecanismos uretrais intrínsecos de continência. Nesse procedimento cirúrgico, é possível utilizar-se tanto da técnica Marshall- Marchetti-Krantz quanto da técnica de Burch.

A opção por realizá-la pela técnica de Marshall- Marchetti-Krantz implicará que a mesma seja feita por meio da aplicação de três pontos a cada lado da uretra, distando 1 cm entre si, fixando a fásia periuretral ao perióstio da face posterior do pubes. Já quando é feita pela técnica de Burch, descrita em 1961, é realizada por meio da fixação da fásia paravaginal ao ligamento ileopectíneo (Ligamento de Cooper) (Castro et al., 2006).

Não há dados urodinâmicos isolados que comprovem com exatidão o grau ou taxa de cura ou de risco de recidivas. Destaca-se, no entanto, que ambas as técnicas por aumentar o espaço retouterino, tendem *a posteriori* a fornecer maior risco de prolapso genital, em especial, de retoenteroceles (Girão, Sartori e Baracat, 2009).

A técnica de Kelly-Kennedy foi uma técnica bastante utilizada, mas que gradualmente fora abandonada por seus resultados se apresentarem pouco satisfatórios, ao compará-la a outros procedimentos, uma vez que as taxas de recidiva se apresentavam sempre altas, conforme atestam os autores citados acima:

A uretroplastia e a picatura do colo vesical segundo a técnica de Kelly-Kennedy e a suspensão endoscópica do colo vesical foram gradativamente perdendo lugar no tratamento da IU de esforço, pois as taxas de recidivas são elevadas. Isso é fácil de compreender, uma vez que os tecidos utilizados na correção da topografia do colo vesical têm menor resistência quando comparados ao paracolpos e ao ligamento pectíneo. Até pouco tempo atrás, a via vaginal só era indicada quando havia necessidade de correção de distopias uterinas associadas. [...] identificou-se que 70% das pacientes com prolapso uterino e incontinentes, assim permaneciam após se submeterem a histerectomia vaginal associada a cirurgia de Kelly-Kennedy. Assim, mesmo quando há prolapso uterino associado, não se faz a cirurgia de Kelly-Kennedy, ou seja, ela está em total desuso (Girão, Sartori e Baracat, 2009, p. 92-93).

A complexidade da IU tem provocado avanço nos estudos e a criação de diversas e novas técnicas para responder eficazmente, de forma menos invasiva. Isso vem sendo buscado há muitos anos. De acordo com Castro et al. (2006), já em 1907, Giordano utilizou uma dobra do músculo grácil, sendo precursor do que hoje se tem como “técnicas de slings”, que se processa pela colocação de uma faixa (sling) sob a uretra, que a sustenta, dando-lhe suporte. Essa faixa funciona como um mecanismo esfinteriano, cuja finalidade não é comprimir a uretra, mas sim dar apenas apoio.

Embora haja inúmeras técnicas de *sling*, essas são distintas em três pontos básicos: tipo de material utilizado, orgânico (autólogo ou heterólogo) ou sintético e vias de acesso. As vias de acesso podem ser abdominal e vaginal e pelo tipo de fixação. Mas o material ideal deve ser aquele que promova adequada força de tensão, seja facilmente acessível, de baixo risco de infecções e rejeições, bem como de excessiva cicatrização (Girão, Sartori e Baracat, 2009).

As taxas de cura, após o uso dessas técnicas, têm-se apresentado consideravelmente boas. Além disso, há grande satisfação das pacientes quanto aos eventuais desconfortos do pós-operatório. Apesar de suas vantagens, apresentam complicações como altos índices de retenção urinária e de instabilidade secundária do detrusor. Estas são consideradas suas principais complicações e são ainda associadas outras, como infecção do trato urinário, lesões uretral e vesical, infecção da ferida operatória, necrose uretral, dispareunia, fístula uretro ou vesicovaginal e erosão.

Esses mesmos pesquisadores destacam a técnica de TVT (Tension-free Vaginal Tape) como sendo a mais adequada, uma vez que traz consigo uma série de vantagens, entre elas, estaria o fato de usualmente ser realizada por via retropúbica, sob anestesia local, em regime de *day hospital*. Considerada praticamente indolor, a paciente retorna às suas atividades rotineiras em três ou quatro dias. Além disso, os índices de sucesso são bastante elevados, mesmo quando comparada com técnicas tidas como padrão ouro. Ademais, promove uma nítida redução da urgência miccional pré-operatória, contrária às demais técnicas que podem não só resultar em uma baixa melhora nesse quadro, como também acentuar ou desenvolver essa urgência.

No entanto, pode-se atestar que diversos fatores concorrem para o insucesso cirúrgico do tratamento da IU, corroborando para os prolapsos urogenitais. Entre eles, destacam-se: (a) alterações vaginais relacionadas à hipoestrogenia; (b) distensão da porção suburetral e do fornix posterior; (c) alterações fibróticas resultantes de procedimentos repetidos; (d) comprometimento da aderência de natureza colágena entre a vagina e o músculo pubococcígeo. A resistência tecidual da vagina diminui naturalmente durante com o envelhecimento e a excisão e estiramentos cirúrgicos contribuem ainda mais para a sua deterioração funcional (Ricetto e Petros, 2009).

Diante dessa realidade, Riccetto e Petros (2009) orientam que se evitem quaisquer tipos de exérese desnecessária de tecido vaginal, pois os retalhos vaginais desepitelizados ou mesmo nos quais o epitélio foi eletrocauterizado podem auxiliar no reforço fascial perineal, seja durante as colporrafias posteriores ou mesmo no reparo da fáschia pubocervical. Não se pode perder de vista também que a elasticidade vaginal acumula energia potencial resultante das tensões aplicadas sobre ela pelos ligamentos e músculos do assoalho pélvico. Essa energia precisará ser redistribuída se, porventura, uma parte da vagina venha a ser seja removida, aumentando o risco de deiscências no período pós-operatório imediato e de disfunções do assoalho pélvico mais tardiamente. Isso poderá ocorrer mesmo quando a tensão vaginal se mostrar adequada durante o procedimento cirúrgico, poderá haver deterioração pós-operatória, resultante das alterações viscoelásticas do tecido conjuntivo vaginal (Riccetto & Petros, 2009).

Esses fatos são comprovados pelos estudos realizados por Ramos et al. (2000), que tiveram por objetivo fazer comparação entre a recidiva de três técnicas diferentes de cirurgias para tratamento da IU, entre elas Kelly-Kennedy, Burch & Marshall-Marchetti-Krantz. O estudo foi realizado no Serviço de Ginecologia do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, com um total de 55 pacientes que tinham realizado, há dois anos, procedimento cirúrgico. O resultado apontou recidiva de todas as técnicas, com variação de 29,2 a 50%.

2.3.3.2 Métodos medicamentosos

Outra alternativa para o tratamento da IU está no uso de alguns medicamentos que, de acordo com a literatura da área, apresentam-se como possibilidade de tratamento eficaz da IU, em especial da IU de esforço (IUE) e da Bexiga Hiperativa (BH). Na IUE, os medicamentos são indicados em casos de intensidade leve e têm por objetivo diminuir a atividade do detrusor e aumentar o tônus do sistema esfinteriano uretral, ou tônus ou trofismos do assoalho pélvico. Ressalta-se, no entanto, que o tratamento farmacológico é indicado em particular quando os sintomas se iniciaram com hipoestrogenismo do climatério e não existe distopia genital significativa, bem como nos casos de instabilidade do detrusor. Entre os medicamentos utilizados, estão os colinérgicos, anticolinérgicos ou

antiespasmódicos, antidepressivos tricíclicos, bloqueadores de canais de cálcio, inibidores de prostaglandinas, agonistas alfa-adrenérgicos e estrogênios, sempre considerados de acordo com seu mecanismo de ação.

Os agentes colinérgicos são drogas que atuam por mecanismos diretos e indiretos, promovendo no organismo respostas idênticas às observadas quando há a estimulação dos nervos parassimpáticos. Ressalta-se que esses fármacos devem ser indicados como tratamento terapêutico nos casos de retenção urinária aguda ou crônica. A título de exemplo, cita-se a ocorrência de retenção urinária aguda nos pós-operatórios de cirurgias ginecológicas ou obstetrícias, nas infecções, nos distúrbios patológicos, nas doenças neurológicas, entre outros (Girão, Sartori e Baracat, 2009).

Um exemplo de fármacos desse grupo a acetilcolina. Já a pilocarpina e o betanecol são colinérgicos de ação direta sobre o receptor muscarínico. A neostigme é representante das drogas de ação indireta (anticolinesterásicos), isto é, impede a metabolização da acetilcolina pela colinesterase, aumentando o neurotransmissor na fenda simpática. No trato urinário, o estímulo colinérgico faz contrair o detrusor, com pouca ou nenhuma ação na uretra (Girão, Sartori e Baracat, 2009).

Não se podem desconsiderar os vários efeitos colaterais que o uso de fármacos causa. No trato digestivo, podem ocorrer cólicas intestinais e vômitos; no sistema cardiovascular, simula-se o estímulo vagal, causando bradicardia e hipotensão arterial, por queda do débito cardíaco. Além desses efeitos, há ainda aumento da salivação, da secreção brônquica e da sudorese; as fibras musculares lisas dos brônquios e ureteres se contraem, determinando broncoconstrição; e aumento da peristalse uretral. A miose também pode ocorrer, por disfunção do esfíncter da íris e dos músculos ciliares. Destaca-se também que os agentes colinérgicos não podem ser indicados a pacientes com asma, hipertireoidismo, úlcera péptica, epilepsia, moléstia de Parkinson e coronariopatias.

São também agentes anticolinérgicos/antiespasmódicos os definidos como parassimpatolíticos, uma vez que inibem ou bloqueiam a ação colinérgica nos órgãos-alvo, pois, como os receptores localizados nos órgãos efetores são do tipo muscarínico, preconizam-se os fármacos com efeitos apenas antimuscarínicos. Com isso, evita-se a ação nos receptores nicotínicos ganglionares, que alivia os efeitos colaterais. Os teóricos concluem que os agentes antimuscarínicos bloqueiam a

interação da acetilcolina-receptor e inibem a liberação deste neurotransmissor pelos nervos parassimpáticos (Girão, Sartori e Baracat, 2009). Esses fármacos se organizam em três grupos:

I. anticolinérgico puro: Grupo representado pela propantelina e, mais recentemente, pelo darifenacin e pelo vamicamide. Estes últimos são drogas mais novas e não adequadamente avaliadas quanto à eficácia e aos efeitos colaterais; II. Relaxantes musculares: Deprimem diretamente a atividade do músculo detrusor, sendo que todas as drogas desse grupo possuem alguma ação anticolinérgica e anestésica local; III. Antidepressivos tricíclicos (que serão analisados separadamente): o mecanismo de ação na hiperatividade do detrusor não é totalmente conhecido. Sabe-se, contudo, que possui efeito anticolinérgico central e periférico, além de bloquear a recaptção de noradrenalina e serotonina na fenda sináptica (Girão, Sartori e Baracat, 2009, p. 84).

A prescrição dos agentes anticolinérgicos é indicada potencialmente para instabilidade vesical e bexiga hiperativa. Esses medicamentos, como já mencionado, possuem também capacidades anestésicas locais e anticolinérgicas (Girão, Sartori e Baracat, 2009). Cabe alertar que esse grupo de fármacos, tal como os demais exemplificados antes, traz efeitos colaterais em sua administração. Os compostos antimuscarínicos são midríáticos ou cicloplégicos, podendo aumentar a pressão ocular e causar borramento da visão para perto, além de diminuir a motilidade do trato gastrointestinal, o que poderá levar à dificuldade de deglutição e à atonia intestinal. Diminuem ainda a secreção das glândulas sudoríparas, dos brônquios e das glândulas salivares, por exemplo, apresentando-se a secura na boca.

Além dos fármacos já descritos, há ainda os antidepressivos tricíclicos, que formam os compostos de ampla ação no trato urinário, também com propriedades anticolinérgicas e alfa-adrenérgicas. Especialmente indicados no tratamento da incontinência urinária mista, por conta da dupla ação dos antidepressivos tricíclicos, anticolinérgicas e alfa-agonistas, isto é, quando se associa a incontinência de esforço com a instabilidade do detrusor. Esses medicamentos inibem a recaptção das catecolaminas pela membrana pré-sináptica e apresentam também efeito sedativo central, o que estaria relacionado às propriedades anti-histamínicas. Pacientes com incontinência de esforço podem, também, beneficiar-se do efeito alfa-adrenérgico. No entanto, nesta eventualidade, há outras formas preferenciais de tratamento.

Semelhantemente aos demais medicamentos para IU, também apresentam efeitos colaterais, que decorrem do bloqueio dos receptores muscarínicos de acetilcolina e atingem cerca de 5% dos casos. Entre esses efeitos indesejáveis, estão a excitação maníaca e os delírios. Reações extrapiramidais são raras, exceto pelo tremor de extremidades. Poucas vezes identificam-se efeitos tóxicos, como icterícia, agranulocitose e exantemas. A droga aumenta o apetite, levando o usuário a engordar. É importante considerar que não se devem prescrevê-las a pacientes com distúrbios psiquiátricos do tipo mania e com doenças cardiovasculares. A hipotensão postural restringe o seu uso nas pessoas mais idosas. Pacientes que tomam inibidores da monoaminoxidas não devem ser tratados com antidepressivos tricíclicos (Girão, Sartori e Baracat, 2009).

De acordo com Girão, Sartori e Baracat (2009), o terceiro grupo de fármacos utilizados no tratamento da IU são os bloqueadores do canal de cálcio, que atuam nos canais de cálcio das fibras musculares lisas, impedindo o transporte do íon para o meio intracelular. Desse modo, diminuem o acoplamento eletromecânico e reduzem a contração muscular. Geralmente o seu uso é feito no tratamento da hipertensão arterial, já que apresenta efeito relaxante sobre a musculatura lisa. Por isso, tem indicação restrita na instabilidade do detrusor pelos efeitos colaterais relacionados ao sistema cardiovascular, além de não serem liberados pela FDA (Food and Drug Administration) para essa finalidade.

Esses estudiosos observam que alguns experimentos demonstraram que a Nifedipina reduz o influxo de cálcio nas células musculares lisas da bexiga, contudo, não há estudos clínicos controlados que suportem seu uso na bexiga hiperativa. Deve-se cogitar sua prescrição na instabilidade e na hiper-reflexia do detrusor apenas para pacientes também hipertensas, que possam utilizar os bloqueadores de canais de cálcio para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

Do mesmo modo em que se apresenta para os outros fármacos, o uso dos bloqueadores do canal de cálcio tem também como efeitos colaterais, entre os quais: a hipotensão, rubor facial, *rush* cutâneo, cefaleia, sonolência, desconforto abdominal, obstipação, náuseas e palpitações.

A partir do conhecimento de que as prostaglandinas promovem contração muscular, passou-se a utilizá-las como outra alternativa no tratamento da instabilidade do detrusor, mesmo reconhecendo-se que sua eficácia é baixa,

necessitando-se, portanto, de altas doses. Sobre esses fármacos, verifica-se que os mecanismos de ação ainda estão em processo de estudos, mas já se admite que as prostaglandinas geradas pela COX-2 contribuem para a hiperatividade do detrusor, portanto, teoricamente, os inibidores da COX-2 teriam aplicação no tratamento dessa condição.

Girão, Sartori e Baracat (2009) salientam que as pacientes que mais se beneficiam são aquelas em que os sintomas do tipo urgência, disúria e polaciúria estão presentes ou aumentam durante o período pré-menstrual. Não diferente dos demais medicamentos para esse fim, também trazem efeitos indesejáveis, e os mais comuns são do trato gastrointestinal, ocorrendo náuseas, vômitos, diarreia, úlcera péptica, discrasias sanguíneas, reações de hipersensibilidade e, ocasionalmente, cefaleia, vertigem ou confusão mental.

Embora haja controvérsias na literatura em relação à ação dos estrogênios e agentes progestogênicos sobre o trato urinário, alguns autores consideram os estrogênios como um grupo de fármacos que permite a terapia de reposição hormonal na pós-menopausa. Isso se justifica uma vez que os mesmos se apresentam de grande valia nas pacientes que começaram a ter incontinência urinária de esforço provocado pelo hipoeestrogenismo.

Assim, de acordo com Girão, Sartori e Baracat (2009), existem vários estudos que comprovaram o efeito do estrogênio sobre o trato urinário, pois, além de atuarem sobre a musculatura, sobre os vasos periuretrais e sobre o tecido conjuntivo, aumentam ainda os receptores alfa-adrenérgicos, reforçando a pressão uretral. O modo de utilizá-los pode ser por via sistêmica, tanto oral como a transdérmica, ou na forma tópica. Porém, também se devem considerar algumas condições clínicas da paciente e ficar atento ao controle rigoroso das mamas e do endométrio.

2.3.3.3 Os métodos fisioterapêuticos

Conforme já se descreveu, há uma diversidade de técnicas cirúrgicas para o tratamento da IU, mais de uma centena delas, o que justificaria ser essa via a mais utilizada nas intervenções dessa patologia. No entanto, sabe-se que outras

alternativas, denominadas “conservadoras”, vêm se expandindo nos últimos anos, sobretudo com os avanços na fisioterapia (Moreno, 2009).

Essa alteração na realidade do tratamento da IU, ainda que gradual, vem ocorrendo, provavelmente, pelos estudos que reconhecem uma causa neuromuscular tanto para o prolapso genital como para a IU. O nervo pudendo é eferente tanto para o assoalho pélvico quanto para o esfíncter externo da uretra e sua lesão pode causar relaxamento importante desses músculos, ocasionando a perda de urina. Com isso, verifica-se grande grau de importância na manutenção da integridade do assoalho pélvico.

As técnicas não invasivas encontram sua principal utilidade no manejo dos sintomas urinários no nível do cuidado primário, geralmente são indicadas para pacientes com sintomas leves a moderados, que desejem evitar tratamentos mais invasivos ou que apresentem contraindicações a estes. Os principais atrativos são que despertam a noção de serem mais simples que as outras formas de tratamento, bem como possivelmente mais acessíveis financeiramente. Outras razões para seu uso podem ser apontadas: apresentam baixo risco de efeitos adversos, não trazem prejuízo a eventuais tratamentos subsequentes e são uma alternativa viável no caso de contraindicações específicas para outras formas de tratamento (Zerati et al., 2009).

Desse modo, entre diversas técnicas não cirúrgicas e não medicamentosas que se apresentam na área da fisioterapia, destacam-se na literatura mais recente da área, por exemplo, os exercícios da musculatura pélvica (Kegel), os cones vaginais ou pesos vaginais, as técnicas de “*biofeedback*”, a eletroestimulação perineal. Estas são as mais conhecidas e usadas, mas há estudos que demonstram outras técnicas, como Reeducação Postural Global (RPG).

Os métodos tradicionais de reabilitação do assoalho pélvico (RAP) focam principalmente os exercícios de Kegel, para a melhora da incontinência de esforço, e o “treinamento vesical”, a fim de aguçar a ligação entre os circuitos neuronais do córtex aos demais centros inibitórios, otimizando sua eficácia (Petros e Miyaoka, 2009).

Em linha semelhante, Pereira et al. (2009) reportam-se à história, mencionando que foi Arnold Kegel, médico ginecologista, em 1948, que inicialmente utilizou o treinamento da musculatura do assoalho pélvico feminino, com o objetivo

de tratar a IU. Nesses experimentos, obteve-se grande sucesso de cura, lançando mão de um protocolo que incluía palpação vaginal, observação clínica da contração voluntária da musculatura do assoalho pélvico e o uso do perineômetro para mensurar a pressão vaginal durante os exercícios.

Felicíssimo et al. (2007) também salientam a eficiência do fortalecimento do assoalho pélvico. Segundo esses teóricos, um dos recursos mais utilizados na fisioterapia é o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (MAP) e se observa uma taxa de cura e melhora dos sintomas variando entre 56% e 84%.

Existe uma evidência de que esses exercícios melhoram a incontinência e não abolem totalmente a condição, porém exercem influência direta na qualidade de vida. O treinamento baseado na contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico ocasiona sua elevação e aproximação, resultando em fechamento uretral e favorecendo o mecanismo de continência. Este mecanismo é também influenciado pelo fechamento esfinteriano, dependente dos músculos estriado e liso uretral, dos elementos vasculares (coaptação da mucosa uretral) e do sistema de suporte, constituído pela fáscia endopélvica, pelo arco tendinoso da pelve e pelos ossos da pelve (Felicíssimo et al., 2007).

Sabe-se que a importância que se dá aos exercícios da musculatura pélvica para o tratamento da IU segue o que sugeriu Kegel, que defende que, por meio do exercício voluntário, aumenta-se o tônus dos músculos do pavimento pélvico e estriado uretral. Consequentemente eleva-se a pressão uretral, o que, em termos urodinâmicos, corresponde à continência urinária (Belo et al., 2005).

No início de seus estudos, conforme apontam Pereira et al. (2009), Kegel recomendava um número considerável de exercícios que atingiam 300 a 400 contrações diárias para promover o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico. Com o avanço dessa técnica, vem se verificando que, mesmo com um menor número de repetições, podem-se conseguir resultados de grande eficácia.

Assim, a reabilitação do assoalho pélvico é o tratamento conservador para mulheres com IUE e IU Mista. Para a incontinência de urgência, as recomendações bibliográficas sugerem reeducação miccional através de procedimentos diferentes ensinados para controlar a frequência e a urgência do desejo de micção (Blanco et al., 2007).

Moreno (2009) explica que pesquisas recentes sobre a neurofisiologia muscular explicitaram que o ganho de força muscular somente é obtido pela combinação do recrutamento de grande número de unidades motoras, frequências pequenas de exercícios e contrações progressivamente mais fortes. A autora destaca que, assim, os programas de ganho de força do assoalho pélvico passaram a ter uma atenção especial para a realização de poucas repetições diárias, com aumento gradativo da intensidade da força e do tempo de sustentação da contração.

O treinamento da musculatura pélvica ocorre por meio de exercícios que a paciente realiza, fazendo contrações controladas e sistematizadas dos músculos do assoalho pélvico com objetivo de permitir a capacidade de contração reflexa e voluntária dos grupos musculares, melhorando a função esfinteriana. Esse treinamento baseia-se no princípio de que contrações voluntárias aumentam a força muscular e consequentemente a continência, pela ativação do esfíncter uretral. As contrações devem ser fortes, repetitivas e mantidas pelo maior tempo possível, enquanto o fisioterapeuta avalia a ausência ou não de contração dos músculos abdominais, quadris e glúteos.

Considerando essa questão, Berghmans (2009) ressalta que a justificativa para o Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico (TMAP), por exemplo, no tratamento da IUE, sustenta-se no fato de que, estando o assoalho pélvico forte, este contrai rapidamente a uretra e evita a perda de urina durante um aumento da pressão intra-abdominal. Explica ainda que, se os músculos são normalmente innervados e suficientemente ligados à fáscia endopélvica, contraindo-os antes e durante um esforço, a mulher poderá diminuir a perda urinária.

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico é fácil de realizar, podendo ser feito em casa, não exige equipamentos especiais e não tem efeitos adversos significativos. Necessita ser realizado considerando-se princípios da fisiologia do exercício relacionados à sua frequência, intensidade e duração, de modo a proporcionar sua efetividade (Zerati et al., 2009).

Considerando ainda que a resposta muscular efetiva leva em média três meses, os referidos teóricos sugerem que os programas sejam feitos por um período variável de três a seis meses e que haja a incorporação de sua prática na rotina de vida diária da paciente, para que ocorra a manutenção dos resultados. Consideram ainda que os melhores resultados encontrados, segundo a literatura da área, foram

obtidos por mulheres que receberam treinamento intensivo conduzido por fisioterapeuta, quando comparados a mulheres que receberam orientação profissional por um curto período e continuaram o treinamento sozinhas. Desse modo, concluem que a motivação da paciente determinará o sucesso desta terapia, considerada de primeira linha no tratamento da IU (Zerati et al., 2009).

O sucesso dessas terapêuticas depende de alterações do estilo de vida dos pacientes, sendo essencial sua adesão às condutas propostas. Será abordado sinteticamente o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), os cones vaginais, eletroterapia e treinamento vesical (Zerati et al., 2009, p.176-177).

Ainda quanto a essa temática, Moreno (2009) alerta que, para a eficácia desse método, é preciso que haja conscientização do assoalho pélvico na avaliação fisioterápica. Explica ainda que não há padronização de um programa de tratamento da IUE, por exemplo, existindo inclusive divergências quanto a duração de tratamento, aos tipos de exercícios, ao tempo e à intensidade da contração realizada. Frente a esse fato, a referida teórica sugere, por exemplo, no que diz respeito ao aspecto temporal da contração e do repouso (em segundos), que podem ser respectivamente, 5:5; 10:10; 2:2 com o objetivo de aumentar o recrutamento tanto das fibras do tipo I (exercícios com contrações lentas e prolongadas) quanto do tipo II (exercícios com contrações fortes e rápidas).

Sugere ainda o teste Perfect, que é utilizado na avaliação diagnóstica e que poderá direcionar a cinesioterapia com os dados obtidos. Assim, se a paciente tiver um diagnóstico de força muscular ($P = 3$); *endurance* ($E=4$); repetição das contrações mantidas ($R=3$) e número de contrações rápidas ($F = 2$), o fisioterapeuta tem a possibilidade de iniciar a sequência de exercícios com contrações rápidas, para que as fibras do tipo II não se fadiguem no processo de realização de exercícios que exijam uma isometria mais prolongada (Moreno, 2009).

Compreende-se das considerações da autora que, se o ponto de partida é uma *endurance* de 4 segundos, seria despropositual a realização de exercícios que requeressem um tempo maior de sustentação do que 4 ou 5 segundos, pois inevitavelmente, as fibras musculares iriam entrar em fadiga e a paciente não conseguiria realizar a sequência. Isso geraria frustração e ansiedade, além de, provavelmente, ocasionar o abandono do tratamento. Para a mesma autora, o tempo e a frequência para se obterem resultados variam de duas a três vezes

semanais por, no mínimo, três meses, tempo necessário para uma hipertrofia e, conseqüentemente, força muscular.

Moreno (2009) ratifica o potencial do fortalecimento do assoalho pélvico no tratamento e cura da IU, a partir do fato de que muitos pesquisadores comprovaram a eficácia no tratamento dessa patologia, conseguindo todos grandes índices de cura que variam entre 5% e 82%. Assim, explica que as fases da cinesioterapia do assoalho pélvico seguem: aumento do conhecimento da região perineal e da função do músculo levantador do ânus; conscientização e isolamento dos músculos agonistas e antagonistas; aumento da força muscular do assoalho pélvico e aumento da ação reflexa desses músculos durante as atividades diárias de estresse. Por fim ressalta a necessidade de haver uma grande interação entre terapeuta e paciente para que se estabeleça não somente a confiança, mas o comprometimento de ambos com o tratamento para que assim possa ter mais sucesso.

Em outros termos, o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico por meio da reeducação perineal tem-se revelado apropriado para uma série de mulheres com IU, constituindo a base da terapêutica conservadora (Belo et al., 2005).

2.3.3.3.1 Cones vaginais

O tratamento com os cones vaginais é uma técnica proposta, segundo Zerati et al. (2009), por Plevnik et al. (1985). Nessa técnica, as pacientes são orientadas a inserir o cone na vagina e tentar fazê-lo permanecer durante 15 a 20 minutos duas vezes ao dia e deambular. Com isso, no momento em que caminharem, a sensação de perda do dispositivo proporcionará a contração dos músculos pélvicos. As pacientes devem iniciar o treinamento com o cone que consigam manter dentro da vagina, geralmente o de menor peso, por um minuto, em postura ortostática, ou seja, de pé. Quando conseguem caminhar com um cone de determinado peso dentro da vagina por um período de 20 minutos, são orientadas a continuar o treinamento com um cone mais pesado, e, assim, sucessivamente, a carga vai sendo aumentada (Zerati et al., 2009).

Outro autor reforça as considerações acima, também apontando Plevnik et al. (1985) como precursores do uso dos exercícios que utilizam cones vaginais,

demonstrando que a mulher, ao tentar reter os cones de pesos crescentes na vagina, aumentava o tônus da musculatura pélvica. Esta técnica consiste na utilização de um conjunto de cones de tamanhos iguais, mas de peso crescente, com forma anatômica, que permite a sua introdução na vagina (Belo et al., 2005).

A ação reflexa automática da musculatura do pavimento pélvico proporciona uma fisioterapia interna que rapidamente restabelece o tônus muscular pretendido. A recuperação será notada ao fim de duas a três semanas, momento este em que se recomenda a utilização de pesos superiores, a fim de poder continuar a melhoria do processo. Num estudo efetuado em 1988, que incluiu 30 mulheres com incontinência de esforço, foi apresentado um índice de 70% de cura ao fim de um mês de exercícios de Kegel (Belo et al., 2005).

Essa terapia como um exemplo de tratamento de IU com essa modalidade terapêutica pode ser feita em duas fases: uma passiva e outra ativa. Na Fase passiva, segundo Moreno (2009), não se verificam contrações voluntárias do assoalho pélvico, já que a paciente introduz o cone de maior peso que consegue manter com certo conforto na vagina e deambula durante 10 a 15 minutos, duas vezes ao dia, enquanto realiza suas atividades de vida diária (AVDs – andar, subir e descer escadas, manusear água). Explica que, nessa fase, há um maior recrutamento das fibras musculares do tipo I, pois ela estimula contrações musculares por tempo prolongado, além de induzir as unidades motoras do tipo II a se converterem para o tipo I (Moreno, 2009).

Quando a paciente conseguir iniciar os exercícios com um cone mais pesado na vagina, em posição ortostática, com contração do assoalho pélvico, poder-se-á considerar que ela chegou à fase ativa. Nessa Fase, precisará fazer mais esforço na tentativa de não deixar o cone cair. Após ter selecionado o cone a ser usado, a paciente deve realizar 30 contrações voluntárias, sendo a razão contração/repouso (em segundos) de 5:5, duas vezes ao dia. Aqui há um maior recrutamento de fibras do tipo II.

De acordo com a teórica, a terapia com cone é um método de sucesso no tratamento da incontinência urinária feminina. O cone é mantido na vagina pela contração da musculatura do assoalho pélvico. É claro que, para conseguir manter o próximo cone, mais pesado, é necessário um aumento da força muscular, fortalecendo, destarte, o esfíncter estriado urogenital e aumentando a habilidade de

contrair o lúmen uretral. Essa forma de tratamento permite a realização de contrações isométricas e isotônicas, além de oferecer possibilidades ilimitadas na recuperação funcional do assoalho pélvico, pois se pode traçar uma gama de terapias individualizadas.

É uma terapia indicada não apenas para IU, mas também para os casos de assoalho pélvico fraco, no pós-parto (devido ao surgimento da hipotonia do pavimento pélvico), na disfunção sexual, entre outros, como coadjuvante nas cirurgias e como profilaxia de distopias genitais por debilidade do assoalho pélvico. Recomenda-se, na literatura sobre essa terapia, que a mesma deve ser feita pelo menos duas vezes por semana, mas sempre com supervisão direta do fisioterapeuta que orientará as sessões domiciliares diárias (Moreno, 2009).

Em síntese, esta técnica tem como princípio fundamental o fortalecimento progressivo de um grupo muscular. Por isso, ao se elevar a carga usada, consequentemente se aumentará a força e a resistência da musculatura perineal através de uma sequência de exercícios coordenados, como subir e descer escadas e rampas, correr, pular e contrair o períneo na posição de cócoras, entre outros.

Os cones devem ser obrigatoriamente de uso individual e de fácil manuseio, porém apresentam algumas precauções: inicialmente a paciente deve aprender a colocar o cone e a contrair na posição supina, progredindo para posturas antigravitacionais e/ou com maior pressão intra-abdominal, de acordo com o ganho de força muscular. A paciente deve estar com as mãos limpas e lavar o cone com água e sabão antes e após cada terapia, para evitar infecções. Utilizar um gel lubrificante (gel solúvel em água).

Embora seja aparentemente simples, há contraindicações. Não poderá ser realizada a terapia com a presença de infecções no trato urogenital e nem em paciente com distúrbios psiquiátricos ou falta de compreensão. Do mesmo modo, não é aconselhável a realização durante o período menstrual e durante ou imediatamente após a relação sexual ou no período de gravidez.

2.3.3.3.2 Biofeedback

Biofeedback é uma técnica que utiliza um equipamento, habitualmente eletrônico para revelar aos seres humanos, de maneira contínua e instantânea,

alguns acontecimentos fisiológicos internos normais ou anormais, na forma de sinais visuais ou auditivos. Em outros termos, o *biofeedback* consiste em um equipamento eletrônico que, de maneira contínua e instantânea, reverte aos sujeitos alguns acontecimentos fisiológicos internos normais ou anormais em forma de sinais visuais ou auditivos (Basmajian, 1981).

Trata-se de um procedimento usado por fisioterapeutas em que é reforçada a propriocepção e a consciência do próprio indivíduo, por meio de técnicas que utilizam sons e luzes de diferentes intensidades (Palma e Thiel, 2009).

Em outros termos, o *biofeedback* é um procedimento terapêutico no qual informações a respeito dos processos fisiológicos são mostradas ao paciente de forma que este possa compreendê-las, permitindo a autorregulação desses eventos através da intervenção voluntária sobre eles (Capelini, 2004). Pode ser empregado de três formas diferentes no tratamento da IU:

- *Biofeedback* Muscular: é a sua principal aplicação, com o objetivo de recuperar rapidamente a conscientização do assoalho pélvico, cabendo ao fisioterapeuta integrar essa função, que voltou a ser percebida na vida cotidiana.
- *Biofeedback* Vesical: utilizado na hiperatividade do detrusor, requer o equipamento de urodinâmica. Nesse caso, é demonstrada ao paciente a ocorrência de contrações involuntárias do detrusor. Nesse momento, a paciente é orientada a induzir o reflexo períneo-detrusoriano inibidor, resultando na supressão imediata da contração involuntária.
- *Biofeedback* Vesicoesfincteriano: é a combinação dos dois anteriores, para permitir o retrocontrole simultâneo da atividade do assoalho pélvico e do detrusor, particularmente interessante no tratamento das dissinergias detrusor-esfincterianas. Trata-se de combinar o relaxamento máximo dos músculos do assoalho pélvico durante a micção com a contração do detrusor (Capelini, 2004).

Na concepção de Almeida e Westphal (2009), apesar de o *biofeedback* poder ser utilizado como recurso isolado, também poderá ser aplicado em conjunto com exercícios da musculatura do assoalho pélvico. Citam, como exemplo, estudo realizado para avaliação do efeito da combinação da terapia comportamental,

fisioterapia do assoalho pélvico e *biofeedback*. Tal estudo demonstrou significativa diminuição nos episódios de incontinência, melhora na qualidade de vida e maior satisfação com o tratamento naquelas pacientes que receberam terapia multimodal em relação àquelas com terapêutica única.

Os mesmos autores relatam ainda que a associação de terapia comportamental e *biofeedback* proporcionou significativa redução dos episódios de urge-incontinência em pacientes com e sem instabilidade detrusora ao estudo urodinâmico. Verificam-se ainda evidências cumulativas, que sugerem vantagem na fisioterapia intensiva, associando técnica de *biofeedback*, em relação a exercícios da musculatura do assoalho pélvico somente, especialmente nas pacientes com graus de incontinência mais significativos (Almeida e Westphal, 2009).

Deve-se considerar que tal como ocorre nas técnicas de cinesioterapia, também constitui aspecto importante a motivação da paciente, que precisará ter ciência do objetivo da terapêutica e de que os resultados estão diretamente relacionados ao tempo de tratamento que deverá ser contínuo.

2.3.3.3 Eletroestimulação

A eletroestimulação intravaginal (EEIV) é utilizada para fortalecer os músculos do assoalho pélvico, melhorar a propriocepção desta musculatura e favorecer estímulos inibitórios para o detrusor. Sua ação se dá por meio da emissão de estímulos elétricos às terminações nervosas locais, que caminham por meio do nervo pudendo.

Ainda conforme os autores acima referidos, ao ser aplicado um estímulo nervoso periférico, as fibras motoras e sensitivas podem ser excitadas e ocorre uma pequena descarga elétrica que leva à redução do potencial de membrana. Isso gera um potencial de ação, o qual transmite a informação do sistema nervoso para os músculos. Neste sentido, a eletroestimulação cada vez mais vem sendo destacada por sua eficiência no tratamento da IUE e urge-incontinência, com grande sucesso (Giraldo et al., 2009).

Pode ser considerada como abordagem terapêutica inicial, como alternativa ao procedimento cirúrgico, ou ainda como adjuvante a outros métodos de tratamento, respeitadas suas indicações e limitações. É minimamente invasiva, com

efeitos colaterais desprezíveis, e aceita pela maioria das mulheres. Tem se tornado uma terapia atraente, particularmente quando associada à motivação e disciplina, requisitos indispensáveis para que se atinjam e se mantenham os melhores resultados (Herrman et al., 2003).

Atualmente, a eletroestimulação é considerada significativamente uma terapia de papel fundamental na reeducação perineal, visto que condiciona a contração dos músculos perineais e favorece à paciente a tomada de consciência de si mesma, sobretudo às que são incapazes de realizar uma contração por meio de instrução verbal. Ao realizarem uma contração de forma involuntária, as pacientes podem reconhecê-la e contatar o conjunto de músculos que a determinou, tornando possível a contração voluntária (Moreno, 2009).

A eletroestimulação foi utilizada pela primeira vez por Galvani, em 1791, quando já havia percebido que a corrente elétrica poderia gerar um potencial de ação e provocar contrações musculares. No entanto, a sua utilização na reeducação esfinteriana e do períneo teve início com Magnus Fail, na Suécia. Moreno e Boaretto (2009) ressaltam também que a eletroestimulação com eletrodos cirurgicamente implantados na musculatura periuretral para o tratamento da IU fora utilizada por Caldwell em 1963. Desde então, surgiram novas técnicas de aplicação da eletroestimulação, apresentando melhores condições de aplicação clínica, bem como maior praticidade, além de grande segurança (Moreno e Boaretto, 2009).

O estímulo elétrico é capaz de aumentar a pressão intrauretral por meio da estimulação direta dos nervos eferentes para a musculatura periuretral, mas também aumenta o fluxo sanguíneo para os músculos da uretra e do assoalho pélvico. Restabelece as conexões neuromusculares e melhora a função da fibra muscular, hipertrofiando-a e modificando o seu padrão de ação com o acréscimo do número de fibras musculares rápidas (Santos et al., 2009).

A estimulação elétrica pode favorecer a função urinária, melhorando a força e a coordenação dos MAPs e inibindo as contrações da musculatura detrusora. Nas disfunções do trato urinário inferior, a estimulação elétrica vem sendo aplicada com maior frequência nos MAPs, na bexiga e nas raízes nervosas sacrais.

Quando aplicada não cirurgicamente, a eletroterapia é feita por meio de eletrodos de superfície intracavitários ou não, de modo crônico ou com estímulo de alta intensidade. A estimulação elétrica crônica é aplicada abaixo do limiar sensorial,

de seis a 12 horas por dia durante vários meses. O uso de estímulo de alta intensidade consiste na aplicação do maior estímulo tolerado pelo paciente, antes que o mesmo refira dor, por um período que varia de 15 a 30 minutos, uma a duas vezes por dia por mais de um dia na semana (Zerati et al., 2009).

A eletroestimulação é também indicada como estímulo para despertar a consciência corporal, auxiliando a paciente a reaprender a contrair o assoalho pélvico, especialmente em pacientes que não conseguem contrair esses músculos pelo comando verbal e pela orientação do fisioterapeuta. Esta técnica restabelece as conexões neuromusculares, aperfeiçoando a função da fibra muscular e hipertrofiando-a, melhora a força e a resistência à fadiga e modifica o padrão de ação pelo aumento de fibras musculares rápidas (Moreno 2009).

2.3.3.3.4 O tratamento da IU com RPG

Outra possibilidade de tratamento da IU é por meio da Reeducação Postural Global (RPG), em especial no que tange ao tratamento da IUE. O tratamento ocorre pela busca de realinhar os eixos ósseos, eliminar pontos de tensão exagerada e, por outro lado, flacidez dos músculos, reorganizar a tensão nas cadeias musculares e colocar o centro de gravidade do corpo no centro da bacia. Como consequência, espera-se desenvolver uma estrutura pélvica presente no esquema corporal, com maior consciência e maior atividade dos músculos do AP e aumentar a capacidade de controle ativo eficaz das funções esfinterianas (Fozzatti et al., 2008).

Fozzatti et al., (2008) explicam que método do tratamento pro meio do Reabilitação Portural Global (RPG) tem por princípio o alongamento das cadeias musculares por meio de posturas de alongamento. O método tem por base o trabalho em sua globalidade, cujo objetivo é reequilibrar os grupos musculares entre si, sobretudo os músculos estáticos, iniciando com alongamento dos mais encurtados, responsáveis pela deformação. São oito famílias de posturas, em decúbito supino com ângulo aberto ou fechado das articulações coxofemorais, com os braços abertos ou fechados, e posturas em carga, sentada e em pé (Fozzatti et al., 2008).

Ainda de acordo com os autores citados, as posturas em decúbito possibilitam uma melhor ação manual do fisioterapeuta e as posturas em carga são mais ativas

e proprioceptivas. O trabalho deve-se iniciar em posições de menor tensão da cadeia em questão, em um crescente grau de alongamento, tendo em vista a particularidade de cada paciente, até chegar ao grau máximo de evolução.

Ao final da sessão, com o paciente de pé, os desequilíbrios devem ser corrigidos manualmente pelo fisioterapeuta e ativamente pelo paciente para integração das correções no que se refere ao esquema corporal. Neste momento, segundo explicam os mesmos teóricos, a percepção dos músculos do assoalho pélvico (MAP) e sua participação nos movimentos do tronco, devem ser orientadas ao paciente. Em síntese na consulta de RPG, deve-se escolher a combinação de duas posturas, preferencialmente uma em decúbito e uma em carga, sempre após avaliação das retrações. Deste modo, busca-se eliminar os desequilíbrios (Fozzatti et al., 2008).

A vantagem da utilização de RPG estar no fato de tratar-se de um tratamento não invasivo, além de não apresentar riscos à paciente, com a possibilidade de outras intervenções, se necessário. Ademais, uma vez que modifica o esquema corporal das pacientes, melhora a qualidade de vida delas. Melhora também o autoconhecimento do corpo, do gesto, o que acarreta menor sobrecarga das estruturas e, portanto, diminui a predisposição a lesões e aumentos desnecessários da pressão intra-abdominal, bem como protege os MAPs (Fozzatti et al., 2008).

A melhora da consciência e domínio de suas estruturas corporais favorece o uso dos músculos do AP no gesto do dia a dia, isto é, o uso funcional automático destes, o que os mantém saudáveis. O tratamento com o treinamento dos músculos do AP propicia melhora nos sintomas de IUE, como aponta a literatura, porém requer que a mulher pratique permanentemente os exercícios para manutenção dos resultados. Nisso reside uma desvantagem desse tratamento, uma vez que, em curto prazo, esta prática poderá ser abandonada pela paciente.

Fozzatti et al. (2008) salientam que existem poucos estudos que comparam estas técnicas, tampouco na literatura trabalhos que apresentem resultados no tratamento da IUE com a correção dos desequilíbrios posturais. A literatura menciona frequentemente o fator postural nas IUEs, mas não são encontrados estudos com propostas de métodos de tratamento específico na abordagem desta condição. O estudo de Fozzatti et al. (2008) foi o primeiro a abordar o tratamento da IUE por meio da RPG e mostrou que o seguimento de um grupo de pacientes

permitiu comprovar os resultados do uso desta técnica em longo prazo (Fozzatti et al., 2008).

2.3.3.3.5 Método comportamental (educação)

Nos estudos sobre métodos fisioterápicos, o tratamento comportamental se destaca porque utiliza, em boa medida, as técnicas fisioterápicas. Trata-se de uma estratégia que tem por via central a educação da paciente, que visa à mudança de hábitos que podem contribuir para episódios de IU por outros que os minimizem. O método comportamental consiste na associação de variadas técnicas para diminuir ou curar a IU (Moreno, 2009).

A terapia divide-se em três etapas principais: diário miccional, educação e treinamento vesical. O diário miccional, que é realizado na primeira etapa, diz respeito às anotações que a paciente realiza diariamente sobre os episódios miccionais. Ele apresentará o perfil de todo o comportamento da bexiga, por meio de informações que permitam graduar a severidade da IU, além de servir como guia para futuras intervenções. Em seguida, tem-se a etapa da educação e a do treinamento vesical, que consistirão de orientações e informações à paciente de forma didática, de tal modo que haja resposta cognitiva significativa (Moreno, 2009).

A educação envolve uma série de estratégias que deverão ser utilizadas pelo fisioterapeuta. Assim, é de suma importância fornecer à paciente o conhecimento sobre os tipos de incontinência, o trato urinário, anatomia funcional e fisiopatologia. Nessa fase, o fisioterapeuta precisará ser o mais didático possível e utilizar-se de variados meios, como imagens, fotos, vídeos. Desse modo, ao conhecer o funcionamento normal de todo o sistema geniturinário, por exemplo, a paciente consegue fazer um paralelo com sua disfunção, o que se soma ao que Moreno (2009) chama de Terapia comportamental, pois a paciente se reeduca, no processo de automonitoramento constante quanto a uma série de sintomas da IU.

Se a paciente tiver a percepção ou consciência da ocorrência dos episódios de urgência, incluindo sintomas, intensidade, local, hora, movimentos e atos que possam desencadear essa sintomatologia, poderá ter mais controle no automonitoramento, pois

essa identificação é primordial para que se utilize a técnica adequada para inibir a urgência, ensinando a paciente a resistir às sensações e criar novas respostas. Entre elas destacam-se as técnicas de distração, relaxamento, respiração. A distração consiste em redirecionar a atenção ou o pensamento da sensação de urgência com o intuito de controlá-la. Pode-se orientar a paciente a ler uma revista, ouvir música predileta ou pensar em algo que atraia mais a sua atenção (Moreno, 2009, p.146-147).

Moreno (2009) apresenta exemplos de como se poderá fazer o automonitoramento. Cita o caso de uma paciente que entra num elevador e que o fato de acionar o número do andar em que mora desencadeia os sintomas de IU, gerando ansiedade de chegar, isso a afeta psicologicamente, causando-lhe a sensação da urgência. Outra situação apontada seria a de uma paciente que, quando sente o primeiro sintoma de micção, já corre para o banheiro. Esse tipo de comportamento gera a urgência, que tende a acentuar-se gradualmente. Por isso, segundo esta autora, deve-se orientar a paciente para que tente se distrair daquela sensação, abra uma revista, fixe o olhar em algo que a desconcentre da vontade de urinar (Moreno, 2009).

Outras técnicas como relaxamento e respiração podem ser também associadas ou usadas separadamente, de acordo com a situação e a escolha da paciente. A respiração deve ser lenta e profunda, com inspirações nasais e expirações orais. Há ainda o que Moreno (2009) denomina de “*quick flicks*”, que consiste em contrações rápidas e repetidas dos músculos do assoalho pélvico. Sua principal função é inibir a contração do músculo detrusor até que a paciente tenha condições e local adequados para urinar (Moreno, 2009).

No método comportamental, as orientações são de grande valia na educação da paciente. Deve-se orientá-la quanto à ingestão hídrica, pois é comum muitas pacientes evitarem líquidos por receio de perder urina, aumentando o risco de infecções urinárias e constipação. Há ainda recomendações importantes quanto à higiene: toda vez que a fralda ou o absorvente se molharem, a sua troca torna-se imprescindível, além da limpeza com água a cada troca, lembrando sempre que o manejo de limpeza deve ser feito no sentido anteroposterior, evitando-se, assim, infecções, alergias e assaduras (Moreno, 2009).

A constipação é uma das causas da IU. Nesse sentido, deve-se também orientar a paciente a regularizar o hábito intestinal, com alterações da dieta, consumo de fibras e líquidos e uso de outras medidas, como a contração isométrica forte e repetida dos músculos abdominais, aproximadamente 30 minutos antes das

refeições, para auxiliar no peristaltismo. Destaca-se ainda que a postura deva ser a mais relaxada possível, estando a mulher sentada confortavelmente no vaso sanitário, com as calças abaixo dos joelhos, membros inferiores abduzidos e cotovelos apoiados próximo aos joelhos; os pés ficam sobre um apoio de aproximadamente 5 a 10 cm, de modo que se consiga relaxar a região perineal simultaneamente ao aumento da prensa abdominal (Moreno, 2009).

O estilo de vida apressado e a impossibilidade de um lugar tranquilo e com higiene ideal também podem perturbar essas funções fisiológicas. Cabe ainda a orientação à paciente no sentido de fazer um esforço de utilizar-se de protetores de assentos e de programação da micção. Pois a posição correta da micção é sentada no vaso sanitário, com as pernas afastadas, os cotovelos apoiados nas coxas, próximos aos joelhos, e o tronco inclinado para frente (Moreno, 2009).

No caso de constipação intestinal, recomenda-se que a paciente, sempre que for evacuar, coloque os pés sobre um apoio de aproximadamente 10 a 15 cm de altura e assuma a mesma posição descrita anteriormente. Essa posição permite o relaxamento do assoalho pélvico e a resposta dinâmica do diafragma. Em seguida, a paciente precisa relaxar voluntariamente o assoalho pélvico e o esfíncter (anal e/ou vesical). Pode-se associar a respiração, inspirando e expirando com auxílio dos músculos transversos e oblíquos do abdome, aumentando a pressão intra-abdominal e favorecendo a eliminação da urina e/ou fezes. A repetição desse posicionamento reeduca a eliminação completa de urina, sem que haja necessidade de realização de manobras de valsalva, diminuindo assim o risco de prolapsos.

Na técnica comportamental, o treinamento vesical (TV) se apresenta fundamental no tratamento da IU. O TV consiste em um processo educativo no qual os pacientes são treinados a aumentar gradualmente o intervalo entre o desejo miccional e o esvaziamento vesical. Tradicionalmente tem sido defendido como uma modalidade terapêutica no tratamento dos sintomas da bexiga hiperativa e mais recentemente recomendada no tratamento da IU mista e IUE (Zerati et al., 2009).

Ainda de acordo com este autor, o TV proporciona aumento da inibição cortical sobre as contrações detrusoras involuntárias, melhora da facilitação cortical no fechamento uretral durante a fase de enchimento vesical e melhora da modulação central dos impulsos aferentes sensoriais. Além disso, o TV auxilia na maior conscientização dos pacientes acerca das situações que desencadeiam a

perda urinária, levando a uma mudança de comportamento diante da ocorrência dessas situações com consequente aumento da “capacidade de reserva” do trato urinário inferior. Além disso:

existe evidência científica suficiente na literatura que demonstra a efetividade do TV no aumento dos intervalos entre as micções, diminuição dos episódios de perda urinária e quantidade de urina perdida, além de melhora da qualidade de vida. Apesar de não existirem descritos efeitos adversos do TV e de o mesmo ser considerado um tratamento de primeira linha na bexiga hiperativa, é indicado apenas para pacientes adultos que estejam fisicamente bem, com capacidade cognitiva preservada e altamente motivados (Zeratti et al., 2009, p. 179).

Moreno (2009) ratifica as considerações de Zeratti et. al. (2009), explicando que é um treinamento que tem como objetivo aumentar a capacidade vesical e o intervalo entre as micções para, com isso, auxiliar na diminuição da frequência e da urgência das micções. Da mesma forma, Zeratti et al. (2009) atestam que o TV pode ser utilizado em casos de incontinência urinária de esforço quando o aumento de frequência está presente, pois muitas mulheres urina mais vezes que o necessário, mesmo sem o desejo de urinar, pois julgam erroneamente que, evitando que a bexiga encha em sua capacidade normal, impossibilitarão episódios de perda urinária.

Para ser realizado o TV, deve-se primeiramente observar o comportamento vesical no diário miccional. Posteriormente inicia-se um programa de micções de horário, com micções a cada uma ou duas horas, aumentando esse tempo de forma gradual (15 a 20 minutos a cada oito dias) até a obtenção de um intervalo de três a quatro horas entre as micções ou por um tempo de confiança determinado pela paciente, que pode variar para menos ou para mais.

A paciente deve ser instruída a urinar nas horas marcadas, mesmo se não estiver com muita vontade, e evitar ao máximo urinar antes da hora, controlando a urgência miccional com as técnicas anteriormente citadas. Quando a paciente inicia esse treinamento, é importante ressaltar que ela deve evitar a realização de manobra de valsalva para induzir a micção, podendo fazer uso de outras técnicas, como abrir uma torneira para desencadear a vontade de urinar, fazer compressas frias e úmidas na região do baixo ventre ou somente relaxar (Moreno, 2009).

Interessante refletir que a conscientização dos músculos do períneo também é construída por meio da educação. Pois, de acordo com Moreno (2009), 30% das

mulheres são incapazes de contrair o assoalho pélvico corretamente, por isso, torna-se inevitável a fase de treinamento da contração correta dos músculos do assoalho pélvico. Justamente o trabalho associado de algumas técnicas, que podem ser utilizadas pelo fisioterapeuta, para melhorar a propriocepção da paciente desses músculos e da maneira correta de contraí-los, é que auxiliará no tratamento e ou na cura da paciente. Entre essas técnicas, estão as descritas anteriormente, neste capítulo, como o *biofeedback*, cones vaginais e a eletroestimulação. O baixo custo, a ausência de efeitos colaterais e o reduzido número de contraindicações são as principais vantagens da terapia comportamental, que pode trazer benefícios para todos os tipos de incontinência (Moreno, 2009).

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar um material educativo em conjunto com mulheres que vivenciam a experiência da IU.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explorar as experiências vividas por mulheres que apresentam IU;
- Identificar as dúvidas e as necessidades das mulheres relacionadas à IU;
- Levantar dificuldades e potencialidades das mulheres para o enfrentamento dos problemas relacionados à IU.

4 METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Por se tratar de pesquisa empírica desenvolvida com a premissa da participação ativa dos sujeitos pesquisados, a abordagem de pesquisa foi a qualitativa. Esta perspectiva de pesquisa, segundo Morse (2012), é definida por, entre outras características, conceber uma visão holística do mundo que permite ao pesquisador melhor compreender os significados atribuídos às experiências e aos comportamentos. No processo de pesquisa, admite-se que isto só será possível quando as inter-relações existentes no contexto analisado forem compreendidas (Morse, 2012).

4.1.1 Método de pesquisa

O método de pesquisa foi a pesquisa-ação (PA) segundo as premissas de Tozoni-Reis (2007). Este pesquisador justifica que a PA consiste em método adequado para produzir conhecimentos no campo das Ciências Humanas e Sociais aplicadas à área da saúde, tendo em vista a sua natureza ativa e participativa. Considerou que este método de pesquisa possibilita a superação dos sujeitos da pesquisa vistos como objetos de estudo. Ao desenvolver o método da PA, deve-se considerar que os pesquisadores e os participantes da pesquisa são ambos os sujeitos, aliados e parceiros no processo de produzir conhecimentos sobre a realidade social.

Além disso, essa compreensão de ação e participação melhor se relaciona às perspectivas das ideias de educação defendidas por (Freire, 1997, 2005), que favorecem a autonomia dos sujeitos e, portanto, seu protagonismo e empoderamento.

Essas premissas foram reafirmadas por Toledo e Jacobi (2013), que preconizaram que, ao se analisarem os postulados de Paulo Freire sobre a importância da reflexão crítica dos sujeitos, suas práticas e a problematização da realidade para seu enfrentamento, fica evidente a presença dos pressupostos teórico-metodológicos freirianos na consolidação da PA.

Desse modo, a PA, enquanto instrumento de investigação e ação à disposição da sociedade, possui função política e oferece subsídios para que, por meio da interação entre pesquisadores e atores sociais implicados na situação investigada, sejam encontradas respostas e soluções capazes de promover a transformação de representações e mobilizar os sujeitos para ações práticas. Na PA, as intervenções e a produção do conhecimento se inter-relacionam (Toledo, Jacobi, 2013).

4.1.2 O contexto da pesquisa

A pesquisa teve como cenário principal o Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), um órgão público vinculado à Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (SESA). Foi fundado em 1953, no governo do Capitão do Exército Brasileiro Janary Gentil Nunes. Organiza-se com uma equipe multiprofissional de assistentes sociais, bioquímicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos (anestesiologistas, ginecologistas, intensivistas, neonatologistas, obstetras, pediatras, ultrassonografistas), nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, além dos profissionais técnicos em enfermagem, nutrição e radiologia.

Um destaque no tipo de parto realizado neste hospital é o fato de aproximar-se dos 900 partos/mês, sendo 83% deles normais. A taxa de ocupação é de 114%, com tempo médio de permanência de 2,4 dias, índice de rotatividade do leito em torno de 14,23% e taxa de mortalidade materna variando entre 1,6% e 2,3% (Amapá, 2010).

Trata-se de um hospital de referência em urgência e emergência nas áreas de ginecologia, obstetrícia e neonatologia, no Estado do Amapá e para alguns municípios do Estado do Pará. Possui capacidade instalada de 155 leitos distribuídos por: **a)** Clínicas: gestação de alto risco, puerpério, tratamento ginecológico e obstétrico, mãe-canguru e pós-operatório; **b)** Centro obstétrico: pré-parto, sala de parto, UTI obstétrica e centro cirúrgico; **c)** Unidade neonatal: berçário e UTI neonatal. Oferece serviços de apoio e diagnóstico: psicossocial, nutrição, reabilitação, farmácia, ultrassonografia, raios-X, banco de leite humano, planejamento familiar, uroginecologia, ginecociúrgica, exame preventivo de câncer de colo uterino, seguimento pós-molar e para vítimas de violência sexual,

imunização, teste do pezinho, teste da orelhinha, *follow-up*, pré-natal de alto risco e Declaração de Nascido Vivo (DNV) (Santos, 2011).

A representatividade deste hospital consiste no fato de ser o único especializado em saúde da mulher no Estado do Amapá. As mulheres são encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de toda a rede e este encaminhamento é feito pelo médico especialista, em sua maioria, o ginecologista, que faz atendimento primário.

4.1.3 As participantes do estudo

A partir de queixas como incontinências urinárias e da avaliação prévia do profissional médico da UBS, essas mulheres são encaminhadas para avaliação e diagnosticadas como portadoras de IU, bem como para definir o tipo e grau da doença. Este diagnóstico é feito por meio do exame de urodinâmica, que é realizado no próprio hospital. Atualmente um médico realiza este exame e este profissional colaborou com o estudo, indicando as mulheres para fazerem parte do mesmo.

Considerando a natureza da pesquisa, que demandava participação ativa das mulheres nas sessões grupais, foram estabelecidos como critérios de inclusão ser mulher adulta, portadora de IU, com diagnóstico estabelecido por meio do exame de urodinâmica. Não foram convidadas a participar as mulheres que aparentemente eram portadoras de necessidades especiais de natureza cognitiva, visual (cegueira) ou de comunicação oral.

O recrutamento das primeiras mulheres participantes da pesquisa para o Grupo 1 (G1) foi feito durante seis terças-feiras consecutivas, entre os meses de dezembro de 2013 e janeiro de 2014. Este trabalho resultou na identificação de 39 potenciais participantes. Nesta abordagem inicial, foram explanados os objetivos do estudo e feitos os convites para participar de uma reunião, ocasião em que seriam esclarecidos os detalhes a respeito do desenvolvimento dos trabalhos.

Naquele momento, todas as mulheres abordadas se mostraram interessadas. Entretanto, algumas diziam ter dificuldades para participar pelo fato de morarem no interior do estado. Em relação às mulheres que expressaram disponibilidade para participar, foram anotados seus dados de contato. Este contato inicial possibilitou o aceite preliminar de 23 mulheres, que seriam as potenciais integrantes do que

denominamos nesta pesquisa como sendo o Grupo 1 (G1). As mulheres atendidas neste hospital têm grau de escolaridade em nível fundamental e médio e são de baixa renda.

Com o objetivo de incluir mulheres de maior escolaridade e renda, decidiu-se recrutar mulheres por meio de estratégia que fosse capaz de corresponder a este intuito. Assim, foi iniciado o recrutamento das mulheres que comporiam o Grupo 2 (G2), por meio do recurso bola de neve. Segundo Baldin e Munhoz (2011) esse recurso é uma técnica de amostragem que utiliza uma cadeia de referência, semelhante a uma rede de contatos. Isso foi feito mediante identificação da primeira potencial participante, uma mulher pertencente à rede de contatos do pesquisador. A primeira mulher que faria parte do Grupo 2 (G2) indicou outras potenciais participantes da pesquisa, e este procedimento de identificação e inclusão das mulheres foi adotado até a última mulher que compôs este grupo.

Apesar de a estratégia inicial da bola de neve ter sido adotada para compor o G2, e considerando a rede de contato do pesquisador, cujos componentes conheciam o pesquisador e seu tema de pesquisa, quatro se interessam em participar e se colocaram à disposição da pesquisa. Outras seis mulheres aceitaram o convite feito no processo de captação bola de neve.

Assim sendo, foram formados dois grupos. O G1 foi composto por mulheres assistidas no HMML, que eram predominantemente de baixa escolaridade e renda. As mulheres do G2, por sua vez, tinham convênio de saúde privado ou pagavam pela assistência à saúde recebida, seu nível de escolaridade era superior, muitas com pós-graduação, e tinham renda familiar de nível médio para alto. Todas as mulheres do G2 tinham diagnóstico médico de IU feito na rede privada.

As mulheres de ambos os grupos foram alertadas de que receberiam telefonemas para comunicar a data da primeira reunião grupal. Até esse momento, não houve recusas para participar da pesquisa, que envolvessem motivações de natureza pessoal.

Após ter obtido a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal do Amapá (Unifap) em junho de 2014, parecer 717.320 (Anexo I), foram planejadas as estratégias para iniciar a coleta de dados propriamente dita.

Desse modo, durante três dias que precederam o primeiro encontro, que seria o relativo à apresentação detalhada do estudo a ser desenvolvido, uma assistente de pesquisa entrou em contato com cada mulher, por meio telefônico, alertando-as sobre uma reunião que seria agendada com o pesquisador.

Nestes telefonemas, a assistente se apresentava como componente da equipe do pesquisador que as havia abordado e convidado a participar da pesquisa. Neste contato, foram esclarecidas novamente as finalidades da pesquisa e a necessidade de participar de uma reunião, quando se informavam também a data, a hora e o local da reunião.

Esta reunião, assim como as subsequentes, foi realizada em uma sala reservada para pesquisa, localizada nas dependências da Unifap. Outras informações, como as características das reuniões que seriam desenvolvidas, a não necessidade de preocupações relativas às despesas com transporte, as quais seriam ressarcidas pelo pesquisador, foram comunicadas às mulheres.

Houve casos em que algumas disseram que não tinham como comparecer às reuniões. As principais alegações feitas eram a condição de doença ou cirurgia, problemas na família e no trabalho. Cinco mulheres solicitaram que as buscassem no domicílio, em razão do difícil acesso aos meios de transporte para o local indicado, solicitações estas atendidas pelo pesquisador. Quando às mulheres do G2, não houve alegações relativas às dificuldades de comparecimento às reuniões. Destas, sete tinham condução própria, e as que não tinham conseguiram comparecer por meio do uso de transporte público.

Mediante a adoção deste conjunto de estratégias, foi possível dar início às atividades da PA propriamente dita. Para evitar repetições, tais atividades estão apresentadas na seção de resultados.

Embora, a princípio, se tivesse planejado a realização da primeira sessão mediante participação de oito mulheres, número considerado ideal para o desenvolvimento de grupos focais (Minayo, 2004), ou entre seis e 12 pessoas, dependendo do objetivo da pesquisa, optou-se por manter um número de 12, para preservar a margem de segurança no caso de possíveis desistências. Assim, foi formado definitivamente o G1.

4.2 BASES TEÓRICAS QUE SUBSIDIARAM O DESENVOLVIMENTO DA PA

Considerando tratar-se de uma PA, cuja premissa consiste na participação ativa dos envolvidos no decorrer de seu desenvolvimento, foram organizados os passos que, em linhas gerais, devem ser seguidos neste tipo de pesquisa, de acordo com as premissas dadas por Thiollent (2009), e podem ser sintetizadas conforme seguem:

- Conhecer e diagnosticar a realidade a ser pesquisada – trata-se de uma fase exploratória, cujo objetivo é aproximar os membros para que comecem a se conhecer. Além disso, auxilia o pesquisador a detectar os problemas, as possibilidades e tipos de ação. Nesta fase da pesquisa, podem ser utilizados diversos tipos de instrumentos de coleta de dados (questionário e entrevistas, por exemplo) que podem ser discutidos e progressivamente interpretados pelo grupo, fazendo-se reflexão aprofundada sobre os problemas e sobre as visões e percepções dos sujeitos envolvidos na pesquisa;
- Planejamento das ações, de modo a executá-las, por meio de ações concretas (organização, elaboração e execução de oficinas, por exemplo);
- Avaliação das ações, encaminhando-se possibilidades de redirecionar o que acontece e se resgatar o conhecimento produzido no decorrer do processo do ciclo de atividades e análise de resultados.

Desse modo, considerando a realidade pesquisada, as fases da pesquisa enumeradas possibilitaram obter elementos para construir o material educativo proposto neste estudo. Para atingir os objetivos da primeira fase da PA, foram desenvolvidos grupos focais (GFs) e entrevistas individuais.

4.2.1 Grupos focais

Os alicerces teóricos que fundamentaram o desenvolvimento dos GFs estão apresentados a seguir. Enquanto estratégia de coleta de dados em pesquisas de abordagem qualitativa, o GF é considerado como ferramenta de suma importância.

Trata-se de técnica que, embora se aproxime de uma entrevista em grupo, prima pela interação entre os participantes do grupo.

Em geral, cabe ao pesquisador indicar o tópico a ser trabalhado em cada sessão de GF, e ele geralmente desempenha o papel de moderador. A coordenação da sessão por um moderador faz com que o GF seja efetivo, a ponto de gerar dados para uma pesquisa. É a interação dos membros do grupo que gera *insights*, os quais seriam menos acessíveis se não houvesse a interação possível em uma reunião grupal (Morgan, 1997).

O GF apresenta grandes vantagens porque cria um espaço para discutir e trocar experiências relativas a uma determinada temática. Estes fenômenos de trocas ocorrem graças aos debates entre os participantes, permitindo que os temas abordados sejam mais problematizados, se comparados a uma situação de entrevista individual.

Os participantes, de modo geral, ouvem as opiniões dos outros antes de formar as suas próprias e, constantemente, mudam de posição, ou se fundamentam melhor para emitir opiniões (Backes et al., 2011).

Quanto ao número de participantes nos grupos focais, não deve ser muito grande e nem muito pequeno. O ideal é que seja entre seis e 12, dependendo do objetivo da pesquisa. Do mesmo modo, o número de encontros deve variar de acordo com os objetivos pretendidos na investigação.

No entanto, com menos de seis pessoas, as ideias e interações tendem a ser mais esparsas e há maior probabilidade de algumas pessoas se sentirem intimidadas pelos mais extrovertidos. Grupos com mais de dez pessoas, por outro lado, são mais difíceis de ser gerenciados quanto ao foco da discussão e à distribuição do tempo disponível para a participação efetiva de todos (Minayo, 2004).

A figura do moderador é de suma importância no desenvolvimento de GFs. Para que um bom trabalho possa ser desenvolvido, o moderador deve conhecer muito bem os objetivos da pesquisa. Entretanto, deve procurar se manter neutro e evitar introduzir qualquer ideia preconcebida na discussão. É necessário também que o moderador seja uma pessoa flexível e que tenha boa experiência em dinâmicas de grupo.

Verificamos com isso que se trata de requisitos essenciais para conduzir as discussões grupais sem que o fluxo livre das ideias seja restringido. O moderador

deve também utilizar estratégias para promover a participação de todos e evitar que algumas pessoas monopolizem as discussões.

O espaço é um elemento que precisa ser considerado ao desenvolver GFs. Deve ser bem selecionado, pois a necessidade de interações entre os participantes requer um ambiente agradável e tranquilo, de modo a propiciar condições para que as pessoas se sintam seguras a participar, bem como registrar o que for necessário. A duração média sugerida para cada sessão de GF é de 90 a 120 minutos (Minayo, 2004).

4.2.2 Entrevistas individuais

Entrevistas individuais também foram realizadas para aprofundar dados relativos ao diagnóstico da realidade. Nesta pesquisa, esta estratégia de coleta de dados foi, sobretudo, importante, porque, durante os encontros face a face, dos quais, até então, as mulheres incontinentes não tinham participado, houve a oportunidade de relatar aspectos íntimos da experiência da IU, que não tinham sido compartilhados nos momentos grupais.

4.2.3 Ações educativas

Nesta pesquisa, as ações educativas previstas no desenvolvimento de uma PA foram feitas por meio de oficinas. Estas são definidas como proposta de aprendizagem compartilhada, desenvolvida por meio de atividade grupal e face a face, com o objetivo de construir coletivamente o conhecimento. Destaca-se também como espaço de reflexão, intervenção e empoderamento dos participantes, além de ser bastante positiva e produtiva como técnica de coleta de dados em pesquisa.

Em face de tais premissas, optou-se pela oficina com base em Chiesa e Westphal (1995). A oficina é concebida como uma forma de intervenção educativa de viés emancipatório e crítico. Por meio de seu desenvolvimento, torna-se possível incorporar elementos do psicodrama pedagógico como recurso facilitador da expressão e autoconhecimento dos participantes.

Além disso, as oficinas educativas possuem a vantagem de poder ser estruturadas em uma sequência de encontros ou em um único. Em geral, devem ser planejados encontros de duas horas com um grupo de seis a 15 participantes.

No início das atividades de pesquisa, estas fases são sequenciais. Mas, na prática, existe, entre as três últimas fases, uma simultaneidade da pesquisa e da ação. Todos os passos desenvolvidos geraram dados, que foram analisados e inseridos na construção do material educativo. Tais dados foram discutidos neste estudo considerando as experiências das mulheres, participantes da pesquisa, visando gerar conhecimentos a partir de suas vivências como incontinentes urinárias, na interação com outras mulheres (Thiollent, 2009).

Isso comprovou o que Thiollent (2009) explicou, de que, no decorrer da PA, ocorre um efeito de aprendizagem, às vezes concebido como conscientização. Os participantes e pesquisadores aprendem conjuntamente a identificar e a resolver problemas dentro da situação em questão. A aprendizagem é difusa ao longo do processo e não é considerada como uma fase propriamente dita e estanque, mas um processo dinâmico (Thiollent, 2009).

Conforme dito acima, os dados registrados nessas fases serviram de base para organizar o conteúdo do material educativo, tendo por princípio a perspectiva de Freire (2005). Este elaborou uma nova concepção do empoderamento, um conceito-chave da promoção da saúde. Segundo ele, o empoderamento conduz às mudanças sociais, que resultam da aquisição de conhecimentos relativos às capacidades discursivas, cognitivas e processuais.

Na educação, o empoderamento ocorre em um contexto de aprendizado dialógico, no qual educadores e educandos são sujeitos de um processo educativo. As oportunidades para conhecer são criadas mediante participação de ambos os sujeitos. Assim, o diálogo, enquanto instrumento do processo de conscientização, constitui-se em um encontro de pessoas que fazem reflexões sobre a própria realidade, tal como a fazem e a refazem (Freire e Shor, 1986).

As ideias de Freire (1979) permitem compreender que, para desenvolver o processo de conscientização, são fundamentais o diálogo e uma educação dialógica, que ocorrem em um contexto em que os processos pedagógicos são situados, isto é, os que contextualizam os processos de aprendizagem nas condições reais de cada grupo.

Partindo deste prisma, pensar em construir uma educação dialógica não é pensar em uma técnica de ensinar. Educação dialógica consiste em uma postura epistemológica em que o diálogo deve funcionar enquanto instrumento do processo de conscientização (Freire e Shor, 1986).

Nesse sentido, o diálogo não representa uma mera verbalização de palavras e não tem como objetivo transferir conhecimento especializado. Ele tem o propósito de problematizar a forma oficial do conhecimento e questiona as relações dominantes que o produziram.

Dessa forma, o diálogo envolve um processo de contestação e redescoberta do conhecimento e deve estar a serviço de uma educação para a emancipação. Pois, para Paulo Freire afirma que:

ser dialógico é empenhar-se na transformação constante da realidade. Esta é a razão pela qual, sendo o diálogo o conteúdo da forma de ser própria à existência humana, está excluído de toda relação na qual alguns homens sejam transformados em “seres para outro” por homens que são falsos “seres para si” (Freire, 1983, p. 28).

A filosofia educacional de Freire preconiza o empoderamento pelo mundo e defende a perspectiva da conscientização como um ciclo contínuo, composto por diálogo e ação. Além disso, a interação entre as pessoas, quando permeada por reflexões críticas e dialógicas, capacita o desenvolvimento de uma ação coletiva e participativa. Essas ações, por sua vez, geram novas reflexões e ações. Então, um ciclo constante de ações e reações é constituído (Freire, 1983).

Em linha semelhante de pensamento, destaca-se aqui o que as Diretrizes para a Educação em Saúde do Ministério da Saúde (2007) indicaram. Segundo essas diretrizes, no desenvolvimento de atividades de promoção da Saúde, devem ser utilizados métodos e processos que envolvam a participação dos sujeitos, de modo problematizador diante das realidades em que vivem. Nessas atividades, devem ser adotadas estratégias dialógicas de construção e reconstrução conjunta do conhecimento, objetivando ações coletivas para a transformação social.

Tomando por base essas premissas, as atividades da PA consistiram em quatro fases, a saber: 1. Diagnóstico da realidade; 2. Ações educativas; 3. Elaboração e validação do material educativo e 4. Avaliação reflexiva. Os detalhamentos das fases da PA, como efetivamente desenvolvidas neste estudo,

estão apresentados na seção de resultados. Estas fases, em razão da natureza dinâmica da PA, estiveram intimamente relacionadas.

4.3 ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Considerando-se haver uma quantidade significativa de dados coletados no decorrer de todo o processo da PA, procurou-se reuni-los para permitir uma análise conjunta, tendo em vista as diversas fontes, como os questionários, as entrevistas individuais e os dados obtidos nos GFs e oficinas educativas.

Para garantir fidedignidade, os dados e todas as atividades desenvolvidas foram gravados em áudio (gravador portátil) e posteriormente, tais dados foram transcritos. Eles foram compostos não somente pelas gravações dos registros de interação, mas também pelas notas de campo feitas durante os GFs e oficinas. Deles constavam anotações como as interações entre as participantes e a dinâmica dos encontros.

Dados da perspectiva individual e coletiva das experiências foram analisados de forma indutiva e interpretativa. O desenvolvimento desta análise requereu leitura minuciosa do inteiro teor das gravações transcritas. Durante este momento de análise, o pesquisador buscou interagir, de forma mais aprofundada quanto possível, com o material de campo. Neste percurso de trabalho analítico, cabe ao pesquisador buscar identificar categorias, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala deve ser organizado. A categorização consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas (Morse, 2012).

O autor da presente pesquisa e sua orientadora se envolveram no conjunto do processo de análise dos dados reunidos desta pesquisa. Os dados obtidos nas oito sessões de GFs, as experiências pessoais e de natureza subjetiva captadas nas entrevistas individuais permitiram fazer o diagnóstico da realidade.

Cumpriu-se, portanto, o propósito da primeira fase da PA, ou seja, o conhecimento das vivências das mulheres relativas à IU e as demandas por suporte e orientação. Exemplos de falas foram extraídos das narrativas das mulheres para ilustrar e clarear os resultados elaborados pelo pesquisador. O emprego deste

recurso, ou seja, a apresentação das falas originais das depoentes representa uma das estratégias para garantir o rigor no uso de dados qualitativos (Morse, 2012).

Os dados das fases subsequentes da PA, ou seja, as ações educativas por meio das oficinas, elaboração e validação do material educativo e de avaliação reflexiva, foram também registrados e analisados minuciosamente pelo pesquisador.

A princípio, não foram estabelecidas estratégias específicas para analisar dados que emergissem nestas fases da PA, tendo em vista a imprevisibilidade dos mesmos. Foi ao concluir todas as fases da PA que se constatou que a classificação dos resultados segundo o critério de similaridade seria a mais esclarecedora. A partir destas similaridades, foram construídos enunciados que permitiram representar, de forma mais clara possível, os dados resultantes de toda a PA e que alimentaram a discussão analítica desta tese.

Para facilitar a compreensão prévia da descrição detalhada das fases da PA desenvolvidas, foi elaborado um quadro síntese. Nele, mencionaram-se as fases propriamente ditas e suas características, como local, objetivos, estratégias e as atividades desenvolvidas.

Quadro 1 - Síntese das fases da PA. Amapá, 2016

Fases	Local	Objetivo	Quantidade de mulheres	Estratégia	Descrição das atividades
1 A Diagnóstico da realidade	Unifap	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer entrosamento das mulheres - Diagnóstico da realidade mediante identificação das demandas das mulheres - Planejar, executar e avaliar a sessão e (re)planejar a próxima 	G1 = 12 G2 = 10 Total = 22	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos focais (4 sessões para cada grupo, totalizando oito sessões) 	<ul style="list-style-type: none"> - Preenchimento de questionário de dados sociodemográficos - Atribuição de autodenominação fictícia - Identificação das demandas relacionadas das mulheres ao tema de pesquisa
1B Diagnóstico da realidade	Residências das mulheres	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar a perspectiva pessoal e subjetiva da experiência da IU 	G1 = 12 G2 = 10 Total = 22	Entrevistas individuais	<ul style="list-style-type: none"> - Gravação em áudio das entrevistas - Apresentação de dez questões referentes à experiência da IU
2 Ações educativas	Unifap	<ul style="list-style-type: none"> - Planejar e realizar ações educativas - Avaliar a sessão e (re)planejar a próxima 	G1 = 12 G2 = 10 Total = 22	<ul style="list-style-type: none"> - Oficinas (4 sessões com participação de mulheres de ambos os grupos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição dialogada dos principais tópicos requisitados pelas mulheres - Avaliação ao final de cada sessão das oficinas por meio da seguinte questão: <i>“No que a oficina foi melhor para você e por que e no que a oficina não foi boa e por que”</i>
3 Elaboração e Validação do material educativo	Unifap - Local de trabalho dos profissionais - Residências das mulheres	Elaborar o material educativo - Validar o conteúdo do material educativo - Validar a facilidade de compreensão e clareza da linguagem escrita e visual (figuras ilustrativas)	G1 = 9 G2 = 5 Total = 14	<ul style="list-style-type: none"> - Encontros individuais com os profissionais - Encontro com as mulheres 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do material para os especialistas e registro das demandas por mudanças - Apresentação do material produzido para as mulheres e registro das demandas por mudanças - Mudanças feitas a partir das orientações dos especialistas e sugestões das mulheres
4 Avaliação reflexiva	Unifap	Avaliar o conjunto do processo de PA	G1 = 10 G2 = 8 Total = 18	Grupo focal Encontro final de avaliação reflexiva de toda PA com as mulheres de ambos os grupos	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação mediante uso de questionário com três questões abertas - Diálogos reflexivos tomando por base as questões abertas respondidas previamente por escrito

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Conforme previsto e constatado no decorrer do desenvolvimento deste estudo, uma fase não poderia ocorrer sem que primeiro tivesse sido realizada a antecedente. Assim, segue-se descrevendo os resultados delas advindos, desta vez para detalhar o que já foi descrito de forma sintética na seção de metodologia.

5.1 O DIAGNÓSTICO DA REALIDADE VIVIDA PELAS MULHERES PORTADORAS DE IU

Os dados sociodemográficos das mulheres que participaram deste estudo, identificadas mediante pseudônimos, estão apresentados na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 - Pseudônimos e características sociodemográficas das mulheres dos grupos 1 e 2. Amapá, 2016.

UNI	Pseudônimo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Paridade	Tipo Parto	Tempo IU	Tratamento	Renda
GRUPO 1									
01	Atena	34	Ensino médio	C	3	3PVM	3	Não	-1
02	Héstia	39	Ens. Fund. Incompleto	D	4	1PC – 3PVC	5 anos	Não	1
03	Gaia	66	Ensino Fundamental	D	6	6 PVM	12 anos	Não	2
04	Minerva	51	Ensino médio	D	6	6 PVC	10 anos	TC	1
05	Ártemis	37	Ensino médio	D	03	3 PVC	3 anos	TC	-1
06	Afrodite	56	Ensino Fundamental	C	03	1PVC e 2 PVM	15 anos	Não	2
07	Leto	35	Ens. Fund. Incompleto	C	02	2PVC	3 anos	TC	-1
08	Hera	42	Ens. Fund. Incompleto	C	05	5PVC	8 anos	TC	-1
09	Ceres	34	Ensino médio	C	01	1PVM	4 anos	Não	-1
10	Flora	64	Ens. Fund. Incompleto	V	05	5PVC	20 anos	Não	1
11	Deméter	34	Ens. Fund. Incompleto	C	05	5PVC	16 anos	TC	1
12	Juno	66	Ens. Fund. Incompleto	V	08	8PVC	25 anos	TC	1
GRUPO 2									
01	Heget	54	Pós-graduada	C	00	Nenhum	5 anos	Não	+10
02	Artaste	37	Pós-graduada	C	01	1PC	4 anos	não	+6
03	Cleópatra	51	Pós-graduada	C	3	1PC – 1 PVC, 1PVC	+20	3 TC	+10
04	Ísis	60	Pós-graduada	C	02	2PVM	+10	TC	+6
05	Renenutet	45	Graduada	D	02	2 PVM	+6 anos	Não	+5
06	Num	50	Graduada	C	03	2PVM e 1 PC	+20	Não	+5
07	Anukis	29	Pós-graduada	S	00	Nenhum	3 anos	Não	+3
08	Nut	48	Graduada	C	03	3 PVM	+6	TC	4
09	Hathor	40	Graduada	V	02	2 PVM com episiotomia	+10	Não	4
10	Maat	62	Pós-graduada	D	04	4 PVM	+10	3 TC	+6

ID = Idade em anos completos; ESC = Escolaridade (anos de estudo); EC = Estado civil (C=Casada; D = Divorciada; S = Solteira; V= Viúva); NF =Número de filhos; AB = aborto; TP=Tipo de partos (PVC=Parto Vaginal em casa; PVM= Parto Vaginal Maternidade; PC= Cesário); Tempo que sofre com a IU = TSU em anos; FT= Fez/faz tratamento para IU (Tratamento Cirúrgico =TC ou Tratamento Fisioterapêutico =TF, Outro =O); Procuraram ajuda/tratamento (PUI= Perda de urina inicial; PUG= Perda de urina grave) RF = Renda familiar (salários mínimos).

Conforme se pode verificar na tabela acima, a idade das mulheres é similar entre os dois grupos, em ambos variou entre 34 e 66 anos de idade. No entanto, esses dois grupos apresentam uma distinção clara quanto ao grau de escolaridade, dado este de certo modo induzido pelo pesquisador, a partir da orientação da banca de qualificação que sugeriu compor o grupo da PA com mulheres cujo grau de escolaridade se diferenciasse para se obter dados heterogêneos também acerca do estudo em questão.

Assim, o G1 se organizou por um grupo de mulheres, cujo grau de escolaridade variou entre o ensino fundamental incompleto e o ensino médio. Em comparação ao G2, este se formou em torno de participantes todas com ensino superior, havendo inclusive seis com pós-graduação, uma dessas com mestrado e outra já com doutorado.

Quanto ao estado civil, no G1, seis mulheres são casadas, quatro separadas ou divorciadas e duas viúvas. Enquanto o G2 era composto por seis mulheres casadas, duas divorciadas, uma viúva e uma solteira.

No que diz respeito ao número de filhos, prevaleceu o número maior de filhos no G1, que variou entre um e oito filhos. Diferentemente do G2, que variou entre zero e, no máximo, quatro filhos.

Um dado que iguala os dois grupos é o tipo de parto, pois tanto as mulheres do G1 como do G2 tiveram partos vaginais, ou seja, as 22 participantes. Entre as mulheres do G2, nove tiveram esses partos em casa, e somente três na maternidade e, entre elas, apenas uma fez parto cesariano.

Enquanto no G2 a diferença se apresenta com apenas uma mulher tendo tido parto vaginal em casa, duas sem partos e as demais seis, embora tenham tido partos vaginais, estes ocorreram na maternidade. Os dados mostram ainda que duas dessas mulheres tiveram, além de partos vaginais, partos por meio de cesariana. Não foi encontrada ocorrência de aborto em nenhum dos grupos de mulheres.

O perfil dessas mulheres quanto à renda familiar também se apresentou distinto entre os dois grupos. O G1 mostrou uma média que variou entre meio salário mínimo (bolsa família) e dois salários mínimos, enquanto no G2, a renda das participantes se apresentou entre três e 20 salários mínimos. As ocupações também distinguem os dois grupos. No G1, as participantes são donas de casa, empregadas domésticas, faxineiras, e, no G2, são professoras universitárias, servidoras públicas,

administradoras, técnicas em assuntos educacionais, contadoras e aposentadas do serviço público.

Outro dado que aproximou os dois grupos de mulheres participantes deste estudo foi o que trata do tempo em que elas sofrem com a IU, pois os resultados apontaram que todas estavam com esta doença há pelo menos três anos. Três mulheres tinham IU há mais 20 anos e duas delas já tinham sido submetidas a três procedimentos cirúrgicos. Uma participante que relatou já ter IU há mais de 25 anos já tinha prolapso uterino.

Em ambos os grupos, havia mulheres que realizaram procedimento cirúrgico para o tratamento da IU, e todas apresentaram recidiva. Ou seja, entre as 12 mulheres do G1, seis realizaram procedimento cirúrgico e, entre as dez do G2, seis também já tinham realizado procedimento cirúrgico. Destacou-se o fato de que duas mulheres do G2 tinham sido submetidas a três procedimentos cirúrgicos.

5.2 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

5.2.1 Os grupos focais

A primeira estratégia para diagnosticar a realidade foi o desenvolvimento de GFs. Inicialmente, apresentar-se-á uma síntese do que foi realizado nestes GFs e, na sequência, os dados obtidos em cada sessão desenvolvida. Foram realizadas oito sessões de GFs, tendo sido quatro com mulheres do G1 e quatro com mulheres do G2. Todas as mulheres de ambos os grupos participaram das sessões que correspondiam aos seus grupos, embora tenha havido ausências de uma ou outra no decorrer dessas sessões.

No início da primeira sessão de GF, o moderador solicitou a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. (Apêndice I). No decorrer da primeira sessão de GF, foi preenchido um questionário pelas participantes para registrar os seus dados sociodemográficos, momento em que foi solicitada a cada uma a escolha de um nome fictício. Sugeriu-se a escolha de nomes de deusas gregas e egípcias. A seguir, foi lido o resumo do projeto e foram identificadas as demandas relacionadas ao tema de pesquisa. Para facilitar a expressão de tais demandas por todas as mulheres presentes em cada sessão, o coordenador apresentava perguntas norteadoras. Estas

perguntas facilitaram o compartilhamento mútuo das demandas por assistência relativas à IU.

Assim, tanto na primeira como nas demais sessões, foram discutidos tópicos referentes ao conhecimento e vivência das mulheres com IU e definidos os tópicos a serem abordados. As sessões tiveram duração de duas horas cada. Nelas, os problemas decorrentes da IU, assim como as visões e percepções das mulheres envolvidas na pesquisa, foram interpretados pelo grupo.

Ao final de cada sessão de GF, as mulheres fizeram uma avaliação breve do que foi realizado e compartilharam suas demandas ainda não contempladas. Assim, foi possível traçar os temas centrais a serem discutidos nos encontros subsequentes, de acordo com as necessidades das próprias mulheres.

Procedimentos similares aos desenvolvidos com as mulheres do G1 foram adotados em relação às sessões de GF realizadas com o G2. Ao concluir cada encontro, as gravações na íntegra da sessão foram ouvidas pelo próprio moderador. Posteriormente, foram feitas transcrições integrais dessas gravações, trabalhos estes feitos por bolsistas, alunas do moderador.

O diagnóstico da realidade, obtido mediante quatro sessões com cada grupo de mulheres (G1 e G2), permitiu fazer reflexões aprofundadas das temáticas que auxiliaram no planejamento das ações educativas.

5.2.1.1 A realidade captada nos grupos focais

5.2.1.1.1 Primeira sessão

A primeira sessão de GF, em que foram utilizados papéis e um gravador em áudio, foi feita para alcançar os seguintes objetivos específicos:

- Proporcionar entrosamento entre as mulheres e os pesquisadores;
- Aplicar questionário para obter dados sobre as condições socioeconômicas e as vivências com a IU;
- Esclarecer o funcionamento dos GFs;
- Elaborar uma definição de IU a partir da perspectiva das próprias mulheres.

No primeiro momento desta sessão, o moderador, papel desempenhado pelo pesquisador, foram apresentadas a assistente e a bolsista. Procurou-se, por meio da

colaboração da assistente e da bolsista, reforçar a seriedade do trabalho e tranquilizar as mulheres em relação às gravações que seriam feitas.

Destacou-se que tudo que fosse dito nos encontros seria guardado com o máximo sigilo, sendo as informações utilizadas exclusivamente para a pesquisa, e que os seus nomes seriam sempre preservados e mantidos em sigilo também.

Em seguida, convidaram-se as mulheres para um lanche. Foi organizada uma mesa com café, bolachas, bolos e sucos. As mulheres do G1 se mostraram à vontade, pois já se conheciam pelos encontros em consultas na Maternidade Mãe Luzia. Entre as participantes do G2, somente quatro se conheciam previamente. Este fato demandou a necessidade de um momento maior para conhecimento mútuo. Para tanto, foi feita uma roda de conversas, para que se apresentassem e falassem um pouco de si.

Para facilitar o desenrolar deste processo, iniciou-se a conversa dando-lhes oportunidade para que falassem do que tinham em comum para estarem naquela reunião. Esta estratégia permitiu a fluência dos diálogos e o estabelecimento gradual de laços no decorrer dos encontros posteriores.

Procurou-se manter, para ambos os grupos, embora em momentos distintos, a mesma lógica na reunião. Desse modo, com os dois grupos, a reunião teve início com a apresentação da síntese do projeto, a partir do resumo, por meio de leitura compassada e acompanhada pelas participantes, com destaques e explicação para cada ponto que fosse solicitado ou sobre o qual demonstrassem dúvidas. Por exemplo, como iriam construir um material didático?

As participantes ficaram apreensivas com a responsabilidade que estariam assumindo. Outras interrogaram: “Como vai ser feito”? “Nós mesmas vamos fazer”? “Quanto tempo vamos nos reunir”? Entre outras perguntas, todas devidamente respondidas e explicadas. Além destas, havia questões sobre a compreensão que tinham sobre o que era IU, ou seja, definição de IU, suas vivências e enfrentamentos da doença.

Após a apresentação da síntese do projeto, o preenchimento do questionário pelas participantes e tiradas as dúvidas, foi entregue um quadro com uma lista de deusas greco-romanas para o G1 e deusas ou rainhas egípcias para o G2. Pediu-se que cada uma escolhesse um nome para representá-la (“quem queriam ser”), aquele com o qual mais se identificasse, escolha feita com base em outro quadro em que

constava a síntese do que cada deusa significava para escolha do pseudônimo das mulheres.

Quadro 2 - Significados das deusas Greco-Romanas e Egípcias. Macapá. 2016.

G1 – Greco-romanas	G2 – Egípcias
Héstia (Deusa do lar)	Cleópatra (Rainha do Egito)
Minerva (Deusa da inteligência e sabedoria)	Anukis (Religião)
Ártemis (A mais antiga de todas as Deusas)	Astarte (Céu)
Hera (Deusa do matrimônio)	Heqet (Deusa ajudante das mulheres na hora do parto)
Atena (Deusa do trabalho e inteligência)	Hathor (Deusa de muitas junções)
Leto (Deusa do Anoitecer)	Ísis (Deusa conhecida com a divina mãe e esposa de Osiris)
Ceres (Deusa da Terra e dos cereais)	Maat (Deusa da verdade do direito e da conduta adequada)
Afrodite (Deusa da beleza e do amor)	Num (Deusa do caos primevo)
Deméter (Deusa das colheitas, ensinou o cultivo de trigo à humanidade)	Nut (Deusa do céu)
Juno (Deusa rainha do céu e esposa de Júpiter)	Renenutet (Deusa da colheita e fertilidade)
Gaia (Deusa da Terra)	—
Flora (Deusa das Flores)	—

Após a escolha dos pseudônimos e feitas todas as explicações sobre como seriam os encontros e como se procederia, iniciaram-se as discussões propriamente ditas sobre o tema proposto para o primeiro GF. Assim sendo, fomentamos os diálogos sobre o que cada uma poderia falar acerca da compreensão que tinha acerca de IU, ou seja, se reconhecia e definia a IU e se percebia estar acometida por esta doença.

Ao final de cada encontro com as mulheres de ambos os grupos, marcava-se o próximo e verificava-se se havia interesse por parte delas de alguma mudança no dia ou no horário agendado. Todas preferiram que se mantivessem os encontros como preestabelecido.

No término do primeiro GF, o moderador perguntou para os dois grupos sobre o que gostariam de discutir acerca da IU. Para tanto, foram elencados os temas relacionados às questões que compuseram o questionário respondido por elas: “conhecer as causas e formas de tratamento e ou prevenção”; “discutir sobre onde e com quem buscar ajuda”; “discutir quais os sentidos/significados de ser incontinentes”; “discutir como a IU afeta suas vidas, ou seja, falar das vivências com a IU”; “discutir sobre as formas e como partilhar com alguém a patologia”.

Ficou acordado, para o próximo encontro, o tema “Quais os sentidos/significados de ser incontinentes e como a IU afeta as suas vidas?” Com o G2, adotou-se semelhante estratégia, e a opção feita pelas mulheres do G1 foi acatada. Ou seja, permanecer com os mesmos temas já apontados.

Foi explicado às participantes também que seria produtivo seguir a mesma ordem do G1, sobretudo porque ajudaria no processo de análise, já que os dados de ambos os grupos poderiam ser considerados por meio de uma comparação constante.

5.2.1.1.2 Segunda sessão

Esta sessão foi realizada para alcançar os seguintes objetivos:

- Discutir quais sentidos/significados de ser incontinente.
- Debater sobre como a IU afeta as suas vidas.

Para tanto, foram utilizados projetor multimídia, computador e gravador. Nesta sessão, trabalharam-se os significados e sentidos de ser incontinente e como a IU afeta a vida das mulheres. Para desenvolver esta sessão, foi elaborado um roteiro a partir do tema central escolhido, com inclusão de questões que auxiliaram na sua condução.

O roteiro foi seguido, com exposição do mesmo em *data show* e, no que tange aos temas, procedia-se a uma rodada de perguntas. Foi esclarecido às participantes que, no momento em que uma respondesse, outra poderia complementar, acrescentar algo à fala, além de comparar com a sua forma de pensar e o modo como vive a situação.

Esta estratégia permitiu dar voz a todas as mulheres, fenômeno observado em ambos os grupos, embora tenha havido mulheres que falavam um pouco mais que as demais. Assim sendo, o moderador procurou mediar de modo que ficasse mais equilibrada a interação e não atrapalhasse a expressão das mulheres que se mostravam mais acanhadas ou envergonhadas. O roteiro de perguntas utilizado nesse encontro foi o seguinte:

- A incontinência urinária afetou emocionalmente você? Como você se sente?
- O que fez você perceber que estava doente?

- Quais as principais mudanças percebidas por você na relação com o seu companheiro, sua vida social e trabalho?
- Quais os problemas, relacionados à incontinência urinária, considerados mais difíceis de enfrentar, no seu dia a dia?
- O que você tem feito para tratar a incontinência urinária?
- Você tem algum conhecimento sobre como funciona o aparelho genital urinário?

5.2.1.1.3 Terceira sessão

Esta sessão, realizada mediante uso de *slides*, projetor multimídia, peças anatômicas do aparelho geniturinário e peças anatômicas de simulador de parto, foi desenvolvida com os seguintes objetivos:

- Ampliar conhecimentos sobre IU;
- Informar o funcionamento do aparelho genital urinário.

Inicialmente, foi feita uma explanação sobre o aparelho geniturinário por meio de imagens apresentadas em *data show* e demonstração de cada parte desse aparelho por meio de peças anatômicas. As mulheres dos grupos demonstraram muita curiosidade e interesse em saber sobre o funcionamento de cada uma das partes do aparelho geniturinário.

Apresentou-se um simulador de parto, em que foi possível ver como é feita a episiotomia e o que poderá ocorrer se houver erros neste procedimento. Também surgiram questões nesta hora sobre a possibilidade de não se fazer o procedimento como no parto feito pelas parteiras, em que, na maioria dos casos, a mulher sofre muito e ocorre a dilaceração/rompimento/rasgo do períneo.

Concluída esta fase, foram explorados temas relativos à IU, como suas principais causas, tipos e algumas formas de tratamento. Nesse momento, buscou-se que cada uma das participantes relembresse a fazia ser considerada como incontinente.

Na sequência, foram apresentados os tipos de IU e suas possíveis causas, com base no que as mulheres citavam como sintomas de sua IU. Por exemplo, no caso de “não conseguir segurar a urina quando tosse, corre, espirra”, foi

apresentada/classificada a IU de esforço, além de demonstrado como esta ocorre anatomicamente e fisiologicamente por meio das imagens em *slides*. Assim, para cada um dos tipos de IU, seguiu-se trabalhando com exemplos a partir do que as participantes diziam sentir. O tipo que mais se apresentou, a partir dos sintomas relatados pelos dois grupos, foi a IU de esforço. Confirmou inclusive o que constava nas fichas já preenchidas e nos exames de urodinâmica.

Após as exposições sobre os tipos de IU e suas causas, foram explorados os possíveis tratamentos. Salientou-se que estes tópicos seriam abordados de forma mais completa nas oficinas. Nesse encontro, as mulheres de ambos os grupos fizeram muitas perguntas, tiraram diversas dúvidas e demonstraram grande ansiedade por aprender mais, não somente para se cuidarem, mas também para ajudar as parentes e conhecidas a se cuidarem. Sobretudo as mulheres que tinham familiares que moravam no interior do estado e que não tinham acesso aos recursos assistenciais ficaram ansiosas para conhecer mais sobre os tratamentos.

5.2.1.1.4 Quarta sessão

Esta sessão, desenvolvida mediante uso de gravador de voz e papéis, teve o seguinte objetivo:

- Discutir a vivência da mulher com incontinência urinária.

Nesta sessão, foi seguido o roteiro estabelecido anteriormente com as mulheres. Objetivando gerar mais dinamicidade e ludicidade para o encontro, o roteiro foi recortado e as questões foram colocadas em uma sacola para que as mulheres as retirassem. A partir desta estratégia, foram iniciadas as discussões, o que propiciou a oportunidade para cada uma se expor. As mulheres retiravam da sacola as questões do roteiro de discussão e as comentavam de acordo com suas experiências. As participantes foram provocadas e incentivadas a responder/ explicar o que pensavam.

Nesse encontro, diferentemente dos demais em que as mulheres do G1 se mostravam mais tímidas, elas expuseram com clareza uma realidade bem mais difícil do que se pressupunha do atendimento das unidades de saúde públicas.

As mulheres do G2, embora usuárias de rede privada de saúde, o que fazia pressupor uma atenção mais qualificada, também explanaram o enfrentamento de realidades que se assemelhavam à da rede pública, no que consistia na atenção à IU.

Destarte, foram bastante profícuas as discussões nos dois encontros com os dois grupos, pois mulheres apresentaram a precariedade da assistência nas unidades de saúde, em especial na área de cuidados da IU. Esta difícil realidade enfrentada por essas mulheres justificou o grande desejo por ajuda nas superações dos problemas ocasionados pela IU, não somente das participantes deste estudo, mas também de outras mulheres que faziam parte de seu ciclo de convivência.

Verificou-se que as mulheres do G1 não conseguiam ter acesso à assistência básica como, por exemplo, ser atendidas por meio de consultas minimamente qualificadas, ter suas queixas ouvidas por um profissional que tenha tempo para a escuta e para se debruçar no problema referido. Consequentemente permaneciam com os agravos provocados pela IU decorrentes desta difícil realidade.

Entretanto, tal realidade não foi muito diferente segundo os relatos das mulheres do G2. Estas, mesmo tendo mais possibilidades de acesso à assistência em IU, não chegaram a receber orientações para prevenir a ocorrência da IU. Por conseguinte, tinham a IU tratada somente quando esta se encontrava em estado avançado. Em geral, eram direcionadas à correção da IU mediante cirurgia.

O desenvolvimento desta sessão se deu a partir do encaminhamento dado pelo pesquisador e por sua assistente. Estes lançavam os questionamentos a partir das questões que compuseram o roteiro. À medida que discutiam uma questão do roteiro, buscava-se a participação de todas as mulheres. O roteiro versava sobre as seguintes questões:

- Como você se cuida em relação à incontinência urinária?
- Quais informações você teve sobre incontinência urinária e como essas informações chegaram até você? Você tira dúvidas sobre essas questões relacionadas à incontinência urinária com alguém? Quem?
- Você acha importante que se tenha mais discussão sobre incontinência urinária envolvendo as pacientes e o serviço de saúde?
- O que você gostaria de saber mais sobre incontinência urinária e como gostaria de se informar? Dê sugestões de como gostaria que a incontinência urinária fosse discutida nos serviços de saúde.
- Você se sente apoiada por seu companheiro, familiares e amigos em relação à incontinência urinária?

O encontro foi finalizado e explicou-se às participantes que elas seriam avisadas quando as oficinas educativas estivessem planejadas, durante as quais seriam trabalhados os temas discutidos nos GFs. Tais temas seriam aprofundados de acordo com o que foi solicitado por elas e combinado.

Entre os dados apresentados, foram destacadas as dificuldades das mulheres dos dois grupos de acessar o sistema de saúde para tratar a IU. Embora as mulheres do G2 tenham acesso à rede privada, enfrentavam a mesma problemática, sobretudo em relação às orientações preventivas, que não existiam. Elas demonstraram ressentimentos quanto a este fato. Referiram que os únicos profissionais da área de saúde que ainda tratam desse tema são os médicos ginecologistas. Mesmo assim, dentro das consultas, e de forma “muito aligeirada”, que não permitia a exposição e os esclarecimentos das dúvidas que tinham a respeito de IU.

Nas discussões, constatou-se que as mulheres não tinham com quem tirar dúvidas, sobretudo as do G1 que não possuíam informações sobre IU e suas causas. Seus conhecimentos se restringiam ao fato de a “bexiga estar baixa” e que teriam de fazer a cirurgia para correção. Entretanto, precisariam aguardar cerca de um ano para conseguir vaga para a realização da cirurgia, tendo em vista que havia apenas um médico preparado para realizar este tipo de cirurgia naquele hospital público.

As mulheres do G2 buscavam informações principalmente via internet e, embora raro, conseguiam que algum ginecologista lhes desse esclarecimentos sobre a IU. O que se verificou entre as mulheres do G2 foi que, tal como ocorria com seus pares do G1, elas recebiam o diagnóstico e eram encaminhadas para correção cirúrgica de elevação da bexiga. A diferença entre as mulheres do G1 e do G2 reside no fato de que estas, além do levantamento cirúrgico da bexiga, conseguiam fazer a correção do períneo. As mulheres do G1 que não tinham acesso a este tratamento se mostraram muito insatisfeitas.

Em suma, para as mulheres portadoras de IU, não há recursos disponíveis, na cidade lócus desta pesquisa, para que pudessem obter orientações e esclarecer dúvidas relativas à IU, tanto na rede pública como na privada.

Todas foram incisivas na necessidade de haver mais atenção nas unidades de saúde, pois, se fossem prestadas informações sobre as causas e as medidas preventivas, talvez tivessem procurado ajuda médica ou aprendido a se cuidar de outra forma.

Seguindo as discussões amparadas pelo roteiro quanto ao desejo de obter mais informações, as mulheres sugeriram a elaboração de folhetos, a exemplo do que ocorre com a epidemia da dengue e sua distribuição nos postos de saúde. Os assuntos dos quais as mulheres desejavam obter mais conhecimentos foram os relativos à queda da bexiga, seus aspectos preventivos e curativos e formas de minimizar os sintomas da doença.

Com a conclusão dessas atividades acima descritas relativas ao desenvolvimento dos GFs, foi possível obter um diagnóstico bastante acurado da realidade vivenciada pelas mulheres portadoras de IU, na dimensão coletiva.

5.2.1.2 A realidade captada nas entrevistas individuais

A segunda estratégia desenvolvida para completar o diagnóstico da realidade foi a entrevista individual. Esta foi realizada nas residências das mulheres, conforme a escolha feita por elas. Esta estratégia de coleta de dados foi desenvolvida para captar a perspectiva subjetiva e pessoal das mulheres.

Considerou-se a necessidade de realizar tais entrevistas tendo em vista que, no decorrer das sessões de GF e com base nas expressões não verbais, observou-se que nem tudo que as mulheres desejaram compartilhar enquanto demanda por suporte e experiências vividas foi, de fato, expresso nas sessões grupais.

Assim sendo, as entrevistas individuais foram realizadas para aprofundar os dados relativos às experiências pessoais que as participantes vivenciaram em relação à IU, bem como para obter mais dados acerca dos seus conhecimentos sobre IU. Com base em tais dados, foi possível atribuir maior foco aos tópicos a serem aprofundados nas oficinas educativas.

Para serem entrevistadas individualmente, as mulheres tiveram a oportunidade de escolher a data e a hora mais apropriadas. Nas entrevistas, havia somente a presença do entrevistador e da mulher entrevistada. Todas foram feitas na sala de visita da residência. A duração das entrevistas variou entre 45 minutos e 1 hora, com média de 50 minutos a maior parte.

Das 22 mulheres que participaram desta pesquisa, 18 foram entrevistadas. O critério para encerramento das entrevistas individuais foi a saturação teórica (Morse,

2012), entendida como a suficiência de dados para compreensão das experiências segundo a perspectiva das pessoas que as vivenciaram.

Todas estas entrevistas, integralmente gravadas em áudio, foram feitas pelo próprio pesquisador. Para facilitar o compartilhamento das experiências pessoais, e considerando a natureza íntima delas, optou-se por apresentar questões norteadoras. Assim sendo, foram feitas, de forma sequencial, dez questões abertas para facilitar o relato das experiências relativas ao fato de ser portadora de IU.

As questões apresentadas às mulheres para iniciar o desenvolvimento das entrevistas foram as seguintes:

Fale-me sobre:

- Como você percebeu que estava com perda urinária?
- O que a levou a procurar ajuda especializada?
- O atendimento que você recebeu.
- As influências da perda de urina sobre a sua vida no trabalho, atividades sociais e atividades físicas.
- O que você fez, em termos de tratamentos para a perda urinária?
- A influência da perda de urina sobre a sua vida íntima e na relação com o seu marido/companheiro.
- As suas percepções sobre as causas da perda de urina.
- O que você faz para se proteger da perda urinária?
- Você já falou para alguém a respeito da perda de urina? Se você já falou, alguma destas pessoas lhe deu algum tipo de apoio?
- O que você gostaria que fosse feito em termos de assistência por parte dos profissionais?

5.2.1.3 Categorias representativas das experiências vividas

Nesta seção, são apresentados os resultados referentes à análise indutiva e interpretativa dos dados obtidos nos GFs e aprofundados nas entrevistas individuais,

feitas após o encerramento dos GFs. Estes resultados estão apresentados na forma de categorias representativas. O conteúdo destas categorias está exemplificado por meio de trechos extraídos das narrativas das mulheres. As experiências similares das mulheres foram representadas pela fala da mulher que se expressou de forma mais clara e contundente.

Categoria 1 - “A urina sai sem querer”: o processo de descoberta da doença

A expressão “a urina sai sem querer” revela o processo da descoberta da mulher enquanto pessoa afetada pela IU. Esta expressão compreende vários aspectos, entre eles a falta de controle sobre a saída ou não da urina, a perda da urina aos esforços físicos e quando a mulher vivencia situações que envolvem tensão emocional. Algumas mulheres associaram a IU com a ocorrência da infecção urinária.

“Não consigo segurar a vontade de urinar” (G1- Minerva, Afrodite, Leto, Ceres, Atena, G2- Num. Maat, Artaste, Heget).

O enfrentamento de dificuldades para reter urina na bexiga foi relatado por várias mulheres e isso foi referido como sendo um dos principais sintomas indicativos de estar com IU.

“Semelhante ao que disseram as colegas, é perder urina sem conseguir segurar, mesmo que se queira, de jeito algum.” (G1- Flora, Juno, Héstia, Gaia; G2 – Ísis, Cleópatra, Renenut, Hathor, Anukis).

Houve também mulheres que atribuíram a ocorrência da IU como uma consequência da infecção urinária.

“(...) Às vezes, a gente não urina, segura, e, quando vai urinar, dói, né. Isso que é pra mim IU” (G1 - Démeter, Atena).

Categoria 2 - Variados motivos levam a esta doença: percepções das mulheres sobre as causas da IU

As participantes do estudo relataram sua percepção de que a IU tem causas variadas. Entre estas, citaram: a gravidez e parto, o avançar da idade, os traumas ocorridos na infância e os tratamentos de saúde a que tinham sido submetidas.

Quanto à gravidez e ao parto, foram referidos dois fatores que, segundo elas, provocam o surgimento da IU.

“Quando fiquei grávida do meu único filho. Eu estava em um evento e me urinei todinha” (G2 Astarte); “Porque eu achava assim, que a incontinência urinária poderia vim com o parto, eu achava que era só isso, mas, depois, lendo, eu vi que a retirada do útero contribui porque mexe com os ligamentos, a menopausa (...) então eu já sei mais ou menos o que leva” (G2 Heget); (...) “eu já tive filhos normais e cesáreas também, o meu filho era de 4,9kg, quase 5, é então por isso.” (G1 – Gaia).

“Depois de ter filhos no parto normal em que cortaram muito, piorou (G2 - Nut). “Foi logo na minha gravidez, a minha barriga inchou demais” (G1 - Ceres); “Depois de ter tido meus filhos, eu comecei a sentir que eu perdia urina quando tossia por exemplo (G2 - Num); “Não sei, acho que foi pela gravidez (Astarte - G2); “Na gravidez, logo na primeira, e também nas últimas, eu passei a me urinar por qualquer coisa, correr, andar rápido (Renenutet - G2); “Acho que porque tive um parto muito traumático do meu primeiro filho, desde daí, passei a ter perda de urina, e faz já 29 anos, assim acho que foi o primeiro parto, porque foi em casa e sofri muito” (Cleópatra - G2).

A ocorrência da IU foi atribuída também a um fenômeno inerente ao avançar da idade.

“Não sei, acho que é uma coisa da idade” (G1- Gaia, Flora).

O surgimento da IU foi associado também a problemas psicológicos que surgiram na infância, época em que elas foram traumatizadas emocionalmente pelas próprias mães quando foram reprimidas ao urinar nas vestes. Não tinham convicções a este respeito, entretanto, acreditavam que a IU consistia em problema originado na infância que perdurou até a idade adulta.

“Eu não sei direito, mas acho que é uma questão psicológica porque, na infância, quando minha mãe brigava comigo, eu fazia xixi na calça e agora acho que isso é herança da infância. Mas não tenho certeza” (G2 -Maat).

Suas narrativas também apontaram que o surgimento da IU foi consequência das cirurgias a que tinham sido submetidas, como a curetagem, a histerectomia ou a sondagem vesical.

“Não sei, talvez foi porque eu tive um aborto e foi feita a curetagem e senti muita dor e acho que isso está relacionado” (G1- Flora); “Foi depois da operação que eu fiquei assim. Eu diminui os seios e tive dificuldade pra urinar depois da operação. Aí eu não consegui ir ao banheiro, né, me colocaram a fralda, mas não conseguia e colocaram um sonda, foi desde este dia que passei a perceber que perdia urina” (G2 - Anukis); “Eu percebi que a incontinência urinária, há 11 anos atrás, quando eu fiz a histerectomia, logo após o pós-operatório, eu percebi que eu perdia com uma facilidade, aí eu conversei com o médico e ele disse que era uma questão momentânea que isso, mais tarde, poderia normalizar” (G2 - Heget).

Categoria 3 - Uma doença estigmatizante: significados negativos atribuídos à IU

Entre os significados atribuídos à IU, destacou-se o fato de esta ser considerada uma doença muito estigmatizante. Os atributos do estigma estavam relacionados aos desconfortos e aos constrangimentos provocados pela doença. Além disso, ser portadora de IU causava nessas mulheres a sensação de que não eram pessoas normais.

“A minha experiência com perda urinária a gente tenta conviver com uma situação que não convivia antes, e que é desconfortável. No início da menopausa, começou... não podia, não podia espirrar, não podia rir, que eu adoro rir, né. E assim...em relação à experiência, foi horrível, péssima!” (G2- Heget); “No trabalho, eu tinha que deixar de atender os clientes para ir ao banheiro isso era muito constrangedor. Quando eu saía em uma loja, por exemplo, tinha que ficar perto do banheiro senão eu ia;” (G2-Maat); “Bem, o meu esposo sabe do meu problema, me acompanhou durante todos esses anos nas diversas tentativas de cura da IU com as três cirurgias que já fiz para melhorar, e, assim mesmo, temos situações de conflitos e constrangimento” (G2- Cleópatra)

Em consequência dos estigmas associados à doença, a IU foi vivenciada de forma solitária pelas mulheres, pois sentiam vergonha de se expor como pessoa que tinha o problema. Além disso, compartilhar a situação com outras pessoas significava tornar pública a condição vivida.

“Não queria contar pra ninguém.” (G2- Heget); “Você se sente desconfortável em falar do problema com outras pessoas” (G1 – Flora); “Não falo para ninguém, porque tenho muita vergonha” (G2 Artaste); “Sempre que eu ia a algum lugar, eu perguntava: ‘tem banheiro?’ Era vergonhoso, mas eu perguntava” (G2-Maat); “Antes de eu vir aqui para este grupo, eu tinha muita vergonha de nem ter tido filhos e já ter perda de urina...mas, depois que o senhor explicou que talvez, por eu ter feito muito academia, eu tenha forçado demais meus músculos da pelve, como vimos, não sou tão anormal, por ter IU sem ter tido filhos” (G2 –Anukis); “Já falei com ele... meu marido, ah... ele compreende, ele sempre fala: ‘ah...tem que ir ao médico, porque não adianta só reclamar, tem que ver o que é’. Aí ele sempre conversa isso comigo” (G1- Afrodite); “Falo para minha mãe e minha sogra, mas tenho vergonha de falar disso” (G1-Ceres).

Categoria 4 - Uma doença que causa reflexos negativos na vida cotidiana: consequências da IU sobre a vida social e a saúde

A IU foi considerada como uma doença que provoca muitos reflexos negativos na vida das mulheres. Tais reflexos foram sentidos em várias dimensões da vida delas. Com o intuito de evitar a ocorrência de reflexos negativos na vida, muitas mulheres

impunham para si mesmas várias restrições, na tentativa de evitar a perda involuntária de urina. Assim sendo, práticas cotidianas como tossir, dar risadas ou assoar o nariz eram evitadas pois elas provocavam perdas involuntárias de urina.

“Olha, pra mim, é a pessoa não poder, assim, rir, né, assim em excesso, né, rir, fazer algum movimento, é... não conseguir segurar, é que às vezes a gente tá na rua, a gente sai no dia a dia, às vezes a gente não urina, segura, e, quando vai urinar, dói, né?” (G1- Démeter); “Ter IU é quando a mulher faz xixi quando tosse, pula, dança e até assoa o nariz” (G1- Ceres); “Eu percebi que, quando eu espirrava perdia urina é eu tenho alergia e espirro muito e quando eu faço força” (G1-Gaia, Maat G2); “Para mim, a IU se apresenta como a perda de urina de forma involuntária em diversas situações como tosse, riso, esforço” (G2 - Cleópatra); “Eu vou ao banheiro de hora em hora, e, quando vou fazer uma caminhada, fico toda molhada” (G2- Hathor); “Para mim, a IU se apresenta como a perda de urina de forma involuntária em diversas situações como tosse, riso, esforço” (G2 -Cleópatra); “Um pouco semelhante com a colega, a mulher não ter condições de monitorar ou segurar seu organismo aí urina, então é realmente, em situações de espirro, de esforço, ou de andar, às vezes correr e ela não conseguir segurar” (G2 – Nut).

Quanto às interferências da IU sobre a vida social, foram destacadas as restrições autoimpostas no desenvolvimento de atividades sociais.

“Só fico em casa mesmo, ficar em festa... só mesmo pra da igreja que eu ia, mas ficava perto do banheiro sempre” (G1 – Hera); “Afetou bastante minha vida (...). Então eu já ficava mais... eu me privava, eu ficava mais em casa, justamente por causa disso, porque eu tinha medo de sair e acabar me mijando e passando vergonha na rua, e afetou bastante minha vida de modo geral” (G 1 - Juno); “E até porque incontinência urinária tu não vais esperar banheiro não, quando tá assim, não tem esse negócio de dizer “Ah, vou ali porque eu tô com vontade de urinar”, que tu vê já tá ali suja a calcinha, tu já tá te urinando, dependendo do caso, né” (G1- Ceres). “Não tem esse negócio... por isso que a gente acaba perdendo a vida social por causa disso, porque tu não espera, tu tá ali num esforço tal, já tá... quando tu vê... tu vai perceber depois, tu te senta, vai chegar e perceber que já se molhou um pouco”... (G 1 - Minerva); “De sair eu não deixo não... Mas me atrapalhar me atrapalha. Atrapalha muito porque você faz xixi. Graças a Deus que eu trabalho na frente de casa, porque já aconteceu de trocar a minha calça... foi, agora estes dias, que eu tô com problema na garganta, não teve, não teve como eu me controlar, aí eu molhei toda a minha calça, aí eu tive que trocar” (G1 - Afrodite); “Você perde a vida social, você não quer mais tá saindo. Você vai se sentir desconfortável e você já evita sair, evita já ter uma vida social por causa da incontinência urinária” (G1 - Flora).

Sobretudo as atividades sociais que demandavam esforços físicos, como dançar, fazer exercícios, em caminhadas e nas academias de ginástica, sofreram restrições, a fim de evitar a exposição de sua condição enquanto pessoa portadora de IU, já que esta causa vergonha às mulheres.

“Então, tento evitar fazer essas coisas para me proteger da exposição da minha condição” (G1 - Ceres); “Atrapalha demais minha vida porque não posso ficar muito

tempo em pé porque o útero desce e dói muito e vou muitas vezes ao banheiro, às vezes não sai nada de urina, mas sempre estou com vontade” (G1 - Flora); “Atrapalha, não muito, só quando faço exercícios físicos, é... tanto que a... Aeróbica, dança, principalmente a dança, aí eu evitei mais, tanto que recentemente eu não to dançando na igreja, porque eu comecei a ficar preocupada em ficar com a roupa molhada” (G2 - Anukis).

Até mesmo o tipo de vestuário causou preocupações e a adoção de medidas para evitar a exposição pública dos sinais e sintomas da IU.

“Até hoje, jeans, você não quer mais colocar uma roupa, que geralmente, que eu conheço é... é... colocar jeans escuro ou um vestido, uma saia assim, ninguém quer mais colocar uma roupa assim... branco não dá, porque vão perceber (...)” (G1 - Flora) “Eu queria saber, assim como a Atena falou, porque... que... quando estamos nervosas, dá aquela sensação com muito mais intensidade? Quando você viaja de avião, fica muito frio lá dentro e você tá com medo de viajar de avião, parece que você tem muito mais vontade de ir ao banheiro, parece que você não segura. Numa viagem de 2 horas, se você ficasse na vida normal, talvez você nem fosse ao banheiro, mas no avião, na viagem de 2 horas, você vai umas três vezes, eu acho que mexe com meu psicológico, sim como o professor tinha mostrado pra gente” (G1 - Hera).

A sensação de se sentir afetada emocionalmente em consequência dos sinais e sintomas da IU foi referida por muitas mulheres.

“Acho que é uma vez que mexe com o psicológico da gente...” (G1- Héstia); Afetou sim meu psicológico, porque eu acho assim difícil, né. Porque chegou um tempo que eu tinha que sair, né, tinha que, vamos supor ..., a mulher sente quando a menstruação dela chega, mesma coisa tinha que sentir aquela urina, tinha que às vezes... quando eu ia, tinha que sair pra algum lugar, eu tinha medo, aquilo já era psicológico, eu tinha que me forrar com alguma coisa, aí ficou... Entendeu? Mesmo se não fosse, mas aquilo já... como se fosse da minha cabeça” (G1 Minerva).

A preocupação constante com eventuais perdas involuntárias de urina, sobretudo em locais públicos, foi relatada. Esta condição foi apontada como causadora de grande apreensão e constante tensão emocional.

“Afetou, assim..., porque assim... as situações de... um ambiente com muita gente eu fico nervosa, então eu já quero logo ir ao banheiro, então assim afetou emocionalmente, eu já comecei a ficar preocupada, eu já não saio pra lugares muito... eu já penso só estrategicamente onde é que eu vou ficar, a posição que eu vou ficar, pra não atrapalhar a minha vontade de ir ao banheiro, então eu sempre procuro ver o melhor caminho até o banheiro, então eu praticamente não saio, eu saio só pensando ‘Será que vai ter banheiro?’, ‘Será que vou ter dificuldade?’, acaba me afetando emocionalmente, eu fico nervosa o tempo todo” (G1 - Deméter); “Ah, a tensão é constante, de eu não poder estar em qualquer lugar porque eu fico na ansiedade de descobrir onde que está o banheiro, o exemplo que eu dei quando eu viajo de avião, se eu viajo de ônibus, qualquer viagem mais longa me incomoda muito e a tendência é eu não tomar água pra evitar ir ao banheiro,

consequentemente eu fico com infecção urinária, então emocionalmente isso me afeta muito” (G2 - Cleópatra).

Algumas mulheres que associaram a ocorrência da perda involuntária de urina com as tensões sentidas afirmaram que tais condições as afetavam emocionalmente.

“Pra mim, eu concordo com a colega, que é você não conseguir segurar a urina, né, principalmente em alguns momentos, quando tu tá mais nervoso, tu queres fazer um esforço e em mim me dá muita infecção urinária também, quase todo mês, tenho... não sei por que” (G1 – Héstia); “Eu percebi que, quando está meio frio ou quando me sinto em situação de apreensão... uma... alguma coisa difícil que tenho que fazer ou resolver ... eu e... fico ansiosa, eu vou mais vezes ao banheiro, muitas vezes nem urino quase nada, parece que ir ao banheiro vai aliviar” (G2 - Num); “Em momentos de nervosismo, eu percebo que vou mais vezes ao banheiro, fora disso, eu até consigo segurar mais tempo” (G2 - Renenutet); “As situações de um ambiente com muita gente eu fico nervosa, então eu já quero logo ir ao banheiro, eu gosto de ficar sempre ao fundo nos lugares no ambiente, então assim afetou emocionalmente, eu já comecei a ficar preocupada, eu já não saio pra lugares muito... eu já penso só estrategicamente onde é que eu vou ficar, a posição que eu vou ficar, pra não atrapalhar nem a minha vontade de ir ao banheiro, então eu sempre procuro ver o melhor caminho até o banheiro, então eu praticamente não saio, eu saio pensando ‘Será que vai ter banheiro?’, ‘Será que vou ter dificuldade?’, acaba me afetando emocionalmente, eu fico nervosa o tempo todo” (G1 - Deméter).

Consequências da IU sobre a esfera física também foram relatadas, como, por exemplo, os distúrbios intestinais consequentes da restrição na ingestão hídrica, que era adotada para evitar a ocorrência da perda de urina. Na percepção das mulheres, a IU é uma doença que gera outros distúrbios na sua saúde.

“Então eu acabo ficando doente e aí prende meu intestino porque eu não bebo água, é uma série de outros problemas que acaba desencadeando outros problemas, problemas intestinais, problemas mesmo até de desidratação, porque fui ao médico, vou completar 50 anos, o médico sempre diz que é pra eu beber água, com isso minha pele fica bem mais seca e é esse momento da idade exige que a gente tome bastante água pra se hidratar mais por conta da pele, aí eu não faço isso”. (G2 - Cleópatra).

As atividades laborais também foram afetadas negativamente como consequência da IU.

“Atrapalha muito, muito mesmo. No trabalho, eu tinha que deixar de atender os clientes para ir ao banheiro isso era muito constrangedor. Quando eu saía em uma loja, por exemplo, tinha que ficar perto do banheiro senão eu ia embora. Eu perguntava: ‘Tem banheiro?’ Era vergonhoso, mas eu perguntava. Isso atrapalhou muito a minha vida nesses últimos anos e atrapalha até hoje (G2-Maat); “Atrapalha demais, pois, no trabalho, vivo precisando ir ao banheiro, e isso me constrange. Evito sair a lugares em que sei que o banheiro é de difícil acesso, porque já tive situação em que em público achava que tinha molhado a roupa, por causa de um esforço só de andar mais rápido” (G2- Renenutet).

Categoria 5 - Sexualidade e vida sexual afetadas: consequências da IU na vida íntima

A vivência da sexualidade e a vida sexual foram afetadas em consequência da IU. Os principais transtornos sofridos na esfera íntima foram a sensação de medo e vergonha do surgimento dos sinais e sintomas da IU no decorrer das relações sexuais. As mulheres perceberam também que os sinais e sintomas da IU que surgiam durante as relações sexuais provocavam insatisfação em seus maridos.

“Sempre fico com a sensação de que vou urinar no momento da relação sexual e isso causa um transtorno, mais pra mim que me sinto com vergonha e sem jeito, pois, por mais que ele não fale, percebo certa insatisfação dele.” (G2 - Cleópatra); “Atrapalhava muito para dormir, eu não conseguia dormir porque a vontade de urinar era maior e levantava toda hora. E, durante a relação sexual, atrapalhava porque eu tinha que parar na hora e meu marido ficava chateado (G1 - Afrodite)”.

Apesar de as mulheres terem adotado medidas para evitar os sinais e sintomas da IU durante as relações sexuais, o surgimento destes originava conflitos entre o casal. Em algumas circunstâncias, as mulheres mantinham relações sexuais com seus parceiros em razão do temor que tinham de eles saírem em busca de outras mulheres para serem suas parceiras sexuais.

“(...) Às vezes, afeta não da parte dele, da minha, às vezes a gente nem sente assim é..., não sente prazer, tô fazendo pra satisfazer meu marido. Entendeu? Mas, não tô sentindo e não falo nada pra ele, eu faço só... entendeu? Porque a mulher já fica com medo, se eu não fizer, ele vai procurar outra na rua, então é assim, manter relação com meu esposo assim, sempre tenho que urinar antes, às vezes, quando a gente tá fazendo ou depois, né, então afeta isso aí” (G1 - Atena); “Na minha vida particular ... também sexual, quando vai começar... ‘Ai, amor, quero fazer xixi ... porque eu acho que eu vou fazer xixi’, aí isso gera uns conflitos de vez em quando e eu morro de vergonha” (G2 - Cleópatra)”.

Categoria 6 - Desconhecida das mulheres e desconsiderada pelos profissionais: motivos da busca tardia pelo tratamento da IU

As mulheres participantes deste estudo demoraram a perceber que estavam de fato doentes por terem considerado, durante muito tempo, que a perda involuntária da urina seria uma ocorrência normal na vida de uma mulher, sobretudo para as mulheres que já tinham tido filhos.

“Demorei em sentir que tinha IU, eu achava que era normal com o tempo a mulher urinar, mesmo sem querer, em algumas situações como rir, por exemplo, correr, pular” (G1 - Hera); “É porque eueu, teve um dia que eu nem esperava, eu estava

em pé e baixou rapidinho, não deu tempo de ir ao banheiro, mas, também achei que era normal, não era todo dia” (G 1 - Juno); “Eu sofro de perda de urina desde que tive minha primeira gravidez, hoje meu filho tem 29 anos, e eu só fiz a primeira cirurgia de queda de bexiga quando ele já tinha ido pra faculdade, acho que fiquei uns 20 e poucos anos sofrendo, achando que isso era normal de quem tem filho” (G2 - Cleópatra).

Consequentemente acabavam demorando muito para procurar assistência de um profissional da saúde especializado. Os motivos que contribuíram com essa demora foram considerarem que toda mulher um dia seria afetada pela IU, desconhecem os tratamentos disponíveis para IU e não terem informações sobre medidas preventivas para ocorrência da doença.

“Bem... eu também nem liguei, como só acontecia se eu tossisse ou corresse, como já aprendi já aqui pelo esforço, não falei pra ninguém no começo e também nunca falava pra médico, também não” (G1, Hera); “lh, demorei muito... eu morava no Bailique e lá médico ...um vez no ano, aparecia, agora tem uns cubanos , mas assim eu só vim aqui porque já tava demais perdendo xixi e minha bexiga tá baixa e eu vou levantar” (G1 - Ceres)”.

A demora para tratar a doença foi motivada pela falta de conhecimento das mulheres em relação aos tratamentos disponíveis. Em face disso, muitas mulheres só foram em busca de um diagnóstico médico e de um tratamento quando a sua situação clínica já se encontrava muito deteriorada.

“E nem imaginava que tinha tratamento, fui ao médico mais porque vivia com dor de urina e ele disse que talvez fosse porque eu usava muito forro, absorvente o dia inteiro” (G2 - Renenutet); “(...) é muito complicado pra genteque não tem plano ir ao médico quando o negócio tá feio, e fazer xixi um pouco, de vez em quando, acaba que eu não pensava que era doença, com o tempo que aumentou que sabia da... da... do problema que nós mulher temos de... do negócio de queda de bexiga que fui ao hospital” (G2- Num); “Não faz muito tempo, foi depois que eu vim morar em Macapá, eu sou de Fortaleza. Faz uns dois anos que eu fui falar com o médico sobre meu problema, tinha vergonha de procurar antes. Não... eu achava que era normal, depois uma amiga me falou da cirurgia aí fui ao médico. Mas fisioterapia eu não sabia nada sobre isso. Eu soube quando vi no site da Unifap, o seu projeto de extensão” (G2 - Harthor); “Não, apesar de me considerar uma mulher informada e ter condições de pagar um plano de saúde, mesmo assim, não sabia de nada. O médico me falou que eu tinha a bexiga baixa e tinha que fazer uma cirurgia para levantar a bexiga, falou que usava uma tela, mas não explicou direito e não entendi, mas, como já fiz duas cirurgias e não resolveu, não levei em consideração isso (G2- Maat).

Outro problema que contribuiu para a demora da procura por assistência médica foi a dificuldade para conseguir informações sobre a doença e a falta de abordagem do problema por parte dos profissionais de saúde. A falta de programas de orientação sobre IU também foi relatada como motivo da demora da busca por tratamento.

“(...) então eu acho que tem de ter mais informação sobre os tratamentos, porque tem uma mulher minha conhecida que falou que tem jeito de tratar sem fazer cirurgia, mas o médico falou pra mim que não tem jeito, é só operar, o médico não explica direito, ele só fala direto que vai ter que fazer a cirurgia, eu era pra ser operada em 2002, esse tempo o meu útero não saía, só saía urina e agora está desse jeito (...)” (G1 – Flora); “Eu vejo assim, na área médica, não se toca nesse assunto”(G2 - Heget); “Quando eu fui ao posto, eu falei pra ele, aí, mandou fazer exame, aí fiz exame de urina (...) e me encaminharam, mas não me disse nada mais” (G1 - Atena).

Os dados obtidos nos GFs e nas entrevistas individuais permitiram organizar os tópicos das ações educativas para o desenvolvimento das oficinas, que, por sua vez, produziram mais conteúdos, que se ampliaram para compor o material educativo elaborado em forma de cartilha e assim contemplar o objetivo geral desta pesquisa.

5.3 AÇÕES EDUCATIVAS

As ações educativas previstas para a segunda fase da PA foram realizadas nas dependências da Unifap e desenvolvidas na forma de oficinas educativas. As temáticas abordadas nas quatro oficinas realizadas foram expressas pelas mulheres enquanto demandas nas sessões de GFs e nas entrevistas individuais.

No caso desta pesquisa, embora 22 mulheres, ou seja, as mulheres dos grupos 1 e 2, tenham participado em conjunto das mesmas oficinas educativas, percebeu-se que essa quantidade não gerou prejuízos de natureza pedagógica. Ao contrário, foi possível constatar o grande envolvimento e participação ativa das mulheres de ambos os grupos.

Todos os encontros foram conduzidos pelo pesquisador e duas assistentes, previamente treinadas para prestar os cuidados necessários ao bom desenvolvimento das ações educativas. Uma delas, bolsista de iniciação científica, responsabilizou-se pelas gravações das sessões e a outra, assistente, incumbiu-se de auxiliar no processo pedagógico.

Este trabalho conjunto permitiu que o pesquisador fosse moderando e mediando os diálogos e permitindo que todas tivessem as mesmas oportunidades de expressão de ideias e sentimentos. O espaço físico das oficinas educativas era bem cuidado, com cadeiras e mesas, boa ventilação e temperatura ambiente controlada e fácil acesso a banheiro.

Nas oficinas educativas, foram enunciados os seguintes temas, que serviram como diretrizes para nortear o desenvolvimento das sessões: direitos relativos à saúde da mulher; funcionamento do corpo feminino, em especial do aparelho urinário; sexualidade, gravidez, parto e IU enquanto doença de caráter silencioso; técnicas/estratégias que ajudam a melhorar a vida como incontinente.

Para organizar estes tópicos, foi elaborada uma apostila denominada “Oficinas temáticas para mulheres com incontinência urinária”. Na composição desta apostila, foram evitadas linguagens técnicas e empregadas ilustrações e imagens que favorecessem a compreensão das mulheres. As oficinas educativas tiveram a duração aproximada de duas horas cada, com intervalo de 15 a 20 minutos para o lanche.

Vale destacar que, tendo em vista que as oficinas tiveram como tópicos de base as discussões feitas nas sessões dos GFs realizados com os dois grupos de mulheres, houve articulação entre as necessidades e pedidos de todas as mulheres. E, à medida que foram sendo desenvolvidas essas oficinas, foram ainda apresentadas mais necessidades pelas participantes.

No Quadro 3, estão apresentados os tópicos principais e os adicionais que as mulheres mencionaram como demandas, no decorrer do desenvolvimento das oficinas educativas.

Quadro 3 - Demandas apresentadas previamente pelas mulheres e tópicos adicionais. Amapá, 2016.

Tópicos principais	Tópicos adicionais
1. Saúde da mulher - Direitos legais	-
2. Funcionamento do corpo feminino: sexualidade, gravidez, parto e incontinência urinária como patologia silenciosa	- Como realizar a higiene feminina
3. Técnicas que ajudam a melhorar a vida como incontinente;	- Exercícios práticos como cones vaginais - Preenchimento do diário miccional
4. Cuidados com a IU	- Aprendizados das práticas de autocuidado

O envolvimento das mulheres dos dois grupos nas oficinas educativas fomentou a participação, e as discussões tornaram-se mais intensas e ricas. Ao final de cada

oficina, abria-se um espaço para que as mulheres dessem suas opiniões acerca do que julgaram muito bom ou mesmo não produtivo nas sessões das oficinas.

Para isso, era dado um tempo de 30 minutos, em que cada uma tomava a palavra, de forma breve, para a avaliação do encontro. Os pontos considerados negativos eram repensados e listados, para que fossem evitados nos próximos encontros. As oficinas educativas tiveram duração média de duas horas cada. Ao final das oficinas, ficava já posta para apreciação a seguinte questão, cujo intuito foi a avaliação de cada oficina educativa pelas participantes: *No que a oficina foi melhor para você e por que e no que a oficina não foi boa e por que.*

5.3.1 Primeira oficina

Nesta oficina, cujo tópico explorado foi a saúde da mulher e seus direitos, foram utilizados um gravador em áudio, um projetor multimídia, um computador e uma apostila, preparada especificamente para este fim e denominada de “Oficinas temáticas para mulheres com Incontinência Urinária”. O objetivo da primeira oficina foi o de favorecer o conhecimento acerca dos direitos da saúde garantidos por lei às mulheres e de como acessá-los e exigí-los do sistema de saúde público.

Os seguintes procedimentos foram realizados nesta oficina:

- Entrega da apostila (apêndice II) para cada uma das mulheres, pedindo-lhes que folheassem o material por inteiro;
- Indagação das mulheres quanto à contemplação dos tópicos referentes às suas necessidades, que tinham sido apresentadas por elas nas sessões de GF.

Considerando a premissa de Freire (1987) de que a pessoa não pode ser compreendida fora de seu contexto, tendo em vista que é sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio da contínua reflexão sobre seu lugar no mundo e sobre sua realidade, iniciaram-se as atividades por meio do lançamento de perguntas escritas em um papel.

Na sequência, foram convidadas cinco voluntárias, entre as 22 mulheres, para que retirassem, aleatoriamente, uma pergunta para responder a partir de seus conhecimentos prévios sobre as leis de saúde voltadas às mulheres. As demais mulheres complementavam as informações dadas pelas sorteadas.

Tomando por base essa introdução, foi pedido que cada mulher lesse uma parte da apostila. Seguiu-se explicando ponto a ponto, instigando-as a dizerem se as leis ou decretos eram compatíveis com a realidade ou não. Ao final desta atividade, as mulheres desenvolveram outras duas atividades que estavam propostas na apostila.

Atividade 1: As mulheres deveriam responder a algumas questões, a saber:

- *O que você já conhecia desses direitos?*
- *Eles são garantidos a todas as mulheres?*
- *Quando precisa ser atendida no SUS, como os profissionais da saúde de modo geral atendem você?*
- *O Médico/a, Enfermeiro/a e outros, na maioria das vezes, são muito bons, ruins, péssimos? Por quê?*
- *Entre as maiores dificuldades encontradas está a falta de material/estrutura dos postos (espaço, salas, cadeiras, remédios, máquinas de exames etc.) ou de profissionais?*
- *Você teria exemplo de casos de mulheres que conseguiram e casos de mulheres que não conseguiram ter seus problemas de saúde atendidos e resolvidos? Relate em poucas palavras.*

Seguem alguns trechos das falas das mulheres no momento das interações no decorrer dessa oficina. Para facilitar a compreensão das vivências destas mulheres, foram formulados itens para categorizá-las.

- Desconhecimento dos direitos enquanto usuárias dos serviços de saúde

“Eu nem sabia que tinha lei pra saúde de nós ... coitadas ... rs.rs do jeito que eles fazem na maternidade, acho que nem o pessoal da saúde sabe dessas leis, senão não maltratavam tanto a gente ... eu queria parar de ter filho e ligar as trompas no quarto filho! Mas não consegui nenhum médico que me operasse, agora to aqui com oito” (G 1 - Juno).

- Deficiências na interação dos profissionais com os usuários

“Antigamente, antes de eu poder ter um plano de saúde, eu fui para maternidade grávida de minha segunda filha, e lá tinha um médico chamado Dr. ‘X’¹, era um bruto, mesmo e, veja, isso foi há 27 anos atrás, que não tinha tanta gente em Macapá, imagine atualmente! Deus me livre” (G2- Cleópatra); “Dizer que conheço mulher que tenha sido bem atendida.....eu diria uma mentira, mas tenho conhecidas que são atendidas pelo ginecologista, mas cada um mais ignorante que outro. Tem uma tal de Dra ‘X’ famosa pela ignorância. Então são atendidas, mas muito mal (G2 - Renenutet).

- Deficiências na infraestrutura assistencial

“Estava conversando com uma conhecida que trabalha na rede de saúde, ela relatou que os exames de colo do útero feitos nas UBSs eram jogados fora por falta de material para fazer exame no Laboratório Central, e nunca as mulheres recebiam, sabe lá quantas não morreram com doença de câncer sem saber o que tinham” (G2 -Nut).

Atividade 2 – As mulheres deveriam responder à seguinte questão: O que é necessário, na sua visão, para que as mulheres possam ter garantidos os direitos à saúde, definidos por lei?

- Direito a um atendimento digno, mediante escuta ativa

“Precisa mais humanidade dos enfermeiros e dos médicos, para escutarem o que nós sentimos” (G1 - Afrodite).

- Necessidade de formação profissional qualificada, com relacionamento interpessoal adequado, aperfeiçoado mediante formação continuada

“Em meu ponto de vista, falta formação que mostre como devem tratar as pessoas e formação continuada aos que atuam na saúde, pois, mesmo na rede privada de saúde, os profissionais não sabem dessas leis e muitos são pouco gentis.” (G2 - Maat).

- Direito a um relacionamento interpessoal adequado estabelecido pelos profissionais

“É verdade o que a colega diz, olha, fui internada e eu me sentia com medo de uma das enfermeiras, sempre de cara dura. Era meio ignorante para dar os remédios para gente, e olhe que eu estava no melhor Hospital de Macapá, e era tudo particular em apartamento e tudo” (G2 - Renenutet).

¹ Optou-se por não identificar os nomes desses profissionais citados para evitar que houvesse algum tipo de demanda judicial devido à fala negativa da depoente.

- Direito a uma infraestrutura de atendimento adequada

“Primeiro meu marido teve de brigar porque, depois da cirurgia, me colocaram em um apartamento cheio de teia de aranha e sem janela, com cheiro de mofo.” (G2 - Renenutet). “Acho que falta tudo, não tem remédio, não tem lençol, não tem gente que trate bem a mulher nem nos postos de saúde nem no Hospital que dizem ser Hospital da mulher, imagine se não fosse” (G1- Gaia).

- Direito a uma infraestrutura de recursos humanos adequada

“Não poderemos esquecer que tem médicos e enfermeiros com vontade de fazer bem o trabalho, são atenciosos, humanos têm pena da gente, mas aí esbarram com as faltas de estrutura e ficam de mãos atadas. Tem um médico que é o único que ainda atende as mulheres pobres, ele é uroginecologista na maternidade para cuidar da IU, mas aí ele tem uma sala mínima e sem nenhuma estrutura, mesa ginecológica enferrujada, sem lençol, e sem ajuda nenhuma... é um caos nojento” (G1 - Juno).

- Direito a uma assistência de qualidade

“Não é só aqui em Macapá, em São Paulo, fiz um procedimento cirúrgico e a médica queria me dispensar com sonda e tudo, porque era regra do plano de saúde ficar só 24 horas. Um absurdo! Tive de me esforçar para fazer xixi, para não voltar com sonda pendurada, uma coisa horrível” (G2- Cleópatra).

- Necessidade de auditoria na assistência à saúde

“Só lei não adianta, tem de haver vistoria, cobrança... um acompanhamento dos trabalhos dos profissionais desde o pessoal que tira a ficha até os médicos, enfermeiros e técnicos, pois acabam todos sendo bem mal-educados no atendimento com a gente, com algumas poucas exceções que sabemos que têm” (G2- Ísis).

Avaliação da sessão

Quando se solicitou uma avaliação das mulheres sobre a oficina, verificou-se que foi, antes de tudo, esclarecedora e com um viés grande de criticidade da realidade das unidades de saúde, não só do Estado do Amapá, mas também de outras regiões do país. Foi um espaço para que as mulheres desabafassem e opinassem. Observou-se que elas gostaram de expressar suas avaliações.

A seguir, apresentam-se algumas de suas falas:

- Valorização da oportunidade de expressar avaliações da assistência recebida

“Pela primeira vez, nós tivemos oportunidade de falar do nosso pensamento sobre como recebemos atendimento nos hospitais e nos postos de saúde” (G2 - Hathor); “Quero saber se isso que nós reclamamos aqui vai pro nosso caderno, doutor? Eu quero ver no nosso caderninho, viu?” (G1- Atena)

- Valorização das oficinas pela oportunidade de conhecer direitos

“Eu achei a oficina boa porque eu conheci as leis agora... ninguém vai me enganar eu vou cobrar...!!!” (G1-Hera); “Em minha opinião, se tivesse esse tipo de informação nos postos de saúde, acho que não sofriam tantas mulheres...” (G1-Afrodite); “Não tenho o que dizer, professor, para mim, foi tão bom saber que, se eu tiver câncer, posso ter direito de reconstruir a mama, o problema é conseguir, né?” (G1 -Minerva).

5.3.2 Segunda oficina

Para explorar o tema relativo ao funcionamento do corpo feminino, à sexualidade, à gravidez, ao parto e à IU como patologia silenciosa, foram necessários dois encontros referentes à segunda oficina, apresentando-se, portanto, em duas sessões. O objetivo destas duas sessões para abarcar a segunda oficina foi o de encorajar reflexões sobre a importância de conhecer o próprio corpo para identificar as mudanças causadas pela IU e assim terem condições de usar estratégias de diminuição dos sintomas, considerando os fatores como sexualidade e parto.

Os materiais empregados foram gravador em áudio, papel cartão, projetor multimídia e a apostila denominada “Oficinas temáticas para mulheres com incontinência urinária”. Cada uma das sessões desta oficina teve a duração de duas horas.

Na primeira sessão desta segunda oficina, em que foi explorada a temática acima mencionada, foi empregada uma adaptação da técnica denominada “Refletindo sobre o próprio corpo em relação às mudanças causadas pela IU” (Brasil, 2008). Esta técnica abrangeu os seguintes procedimentos:

- Foi solicitado a cada participante que abrisse a apostila que tinha em mãos e lesse as questões: Você conhece o seu corpo? Você acha que é diferente do homem? E que, logo após, escrevesse a resposta na apostila. Depois, foi-lhe solicitado que analisasse as duas imagens (do corpo masculino e feminino) e fizesse a atividade em que era orientada a dizer como enxergava seu corpo e a

destacar o que mais gostava nele e o que menos gostava, explicando o porquê. Com esse momento, objetivou-se despertar as participantes para que se olhassem e se percebessem, para, mais adiante, quando fosse tratada a noção de consciência corporal em relação ao períneo, tivessem a compreensão de que precisam se conhecer um pouco, olhar-se.

- Foi dada continuidade à exploração da apostila e foi explicada a importância de cada uma das diferenças entre o corpo masculino e feminino, como, por exemplo, as mulheres têm quadris/pelve mais largos que os homens, porque anatomicamente são menores, o que causou isso na história da evolução humana.
- Considerando que o sistema geniturinário já havia sido um tema discutido nos GFs, mas, como foi solicitado que fosse mais explorado, realizou-se a exposição, por meio da apostila, sobre todo o seu funcionamento, a fim de promover o conhecimento mais detalhado. Esse reforço se deu também para que as mulheres participantes tivessem a clareza da possibilidade de vir a desenvolver a percepção do funcionamento de seu sistema urinário e, assim, aprendessem a se automonitorar dentro da perspectiva da reeducação miccional, por exemplo.

A segunda oficina teve sua continuidade em uma sessão que deu sequência à temática acima mencionada. A seguir, apresentam-se os procedimentos desenvolvidos:

- Na continuidade da oficina, foram exploradas informações sobre a IU, partindo da apresentação de dois vídeos: “Incontinência Urinária - Ser Saudável” e “A bexiga normal”. Os vídeos tratavam da IU com depoimentos de mulheres e especialistas que falavam não só da IU como uma patologia que atinge milhares de pessoas, mas também de suas causas. Além disso, abordavam os tabus que dela decorrem, os problemas que provocam, incluindo a sexualidade, que é afetada, mas que pouco é considerada por ser silenciada pelas mulheres.
- Após a apresentação dos vídeos, abriu-se uma Roda de Conversa, em que as mulheres foram instigadas a dizer se elas se identificavam com o que fora transmitido neles. De pronto, todas pediram a fala, conforme mostram alguns trechos descritos na avaliação desta oficina. Um ponto foi destacado: o depoimento do vídeo sobre a sexualidade e o fato de a depoente do filme não

ter tido filhos, o que demonstra, portanto, que a IU não atinge apenas quem teve gravidez e parto vaginal, embora a gravidez e o parto sejam um dos fatores potencializadores de causa da IU. Essa questão já havia sido discutida nos GFs, tendo em vista o fato de umas das participantes não ter tido filhos e ser incontinente. Seguiu-se com a discussão sobre quanto a IU afeta a sexualidade e a vida a dois, demonstrando perdas e traumas causados pela IU, como o exemplo drástico de uma participante que perdeu o companheiro por essa razão.

- O roteiro da apostila foi seguido, discutindo o tema “Conhecendo a incontinência urinária para melhor combatê-la”, instigando as participantes a responderem interativamente a questionamentos postos na apostila que se assemelham ao que se discutiu também nos vídeos: *Você sabia que cerca de cinco por cento da população brasileira sofre perda de urina? Você sabia também que talvez esse número de pessoas que sofrem de perda de urina seja bem maior? Sabe por quê? Porque há portadores deste problema que não informam os profissionais de saúde por vergonha e desconhecimento! Portanto, é uma doença séria! Por isso precisa ser tratada! Nada de vergonha de falar sobre isso com o profissional de saúde!*
- Em seguida, apresentou-se às mulheres o processo de urinar por meio de um desenho ilustrativo, reforçando novamente o que os vídeos já haviam demonstrado.
- Por último, fez-se exposição do assoalho pélvico feminino, por meio de imagens demonstrativas bastante detalhadas do tecido muscular responsável por fixar a vagina e o corpo perineal, destacando que o seu fortalecimento ajuda a prevenir e diminuir os sintomas da IU e que isso seria tema das próximas oficinas, conforme já poderiam conferir na apostila.
- Considerando que foi dada a oportunidade de as mulheres trazerem para a oficina temas que não foram preestabelecidos, caso sentissem necessidade de discuti-los, surgiu a dúvida acerca da higiene adequada da mulher, já que algumas se queixaram de ter infecções urinárias constantes e outras perguntaram sobre o período menstrual, porque às vezes provoca mau cheiro etc. Procurou-se explicar que as infecções urinárias na mulher com IU, tal como

foi apresentado também em um dos vídeos, podem ter várias causas, como bactérias, e, para comprovação, são necessários exames de laboratórios como “cultura da urina”. Além disso, esclareceu-se também que, assim como se viu em um dos vídeos, de fato, a mulher que tem incontinência urinária tende a ter infecção. As causas desta podem ser: o tempo em que a mulher fica sem trocar o absorvente ou forro, ou mesmo pelo fato de a calcinha molhar só um pouco e a mulher não trocá-la e não fazer o asseio.

As falas apresentadas a seguir e os itens que as representam revelam a natureza das interações ocorridas entre as mulheres no decorrer das duas oficinas:

- Constatação de que outras mulheres vivenciam problemas semelhantes na esfera sexual

“Professor, o senhor viu? A mulher do filme também teve problema na relação sexual por causa da IU. É igual a mim, tenho de pedir para parar a relação porque sinto vontade enorme de ir ao banheiro” (G1- Afrodite).

- Relações sexuais prejudicadas pela perda de urina

“Tu ainda pede para parar e eu perco mesmo a urina, é muito complicado e por isso que eu nem gosto de ter relações mais, depois que a gente envelhece, fica tudo folgado (risos). Meu marido é quem não aceita e briga, já fiz o tal períneo, mas voltou tudo de novo. Por que volta, doutor?” (G1 - Juno).

- Melhor compreensão sobre a IU

“Antes de eu vir aqui para este grupo, eu tinha muita vergonha de nem ter tido filhos e já ter perda de urina, mas, depois que o senhor explicou que talvez, por eu ter feito muito academia, eu tenha forçado demais meus músculos da pelve, como vimos... já o vídeo me deixou ainda mais tranquila, que não sou tão anormal, por ter IU sem ter tido filhos” (G2 - Anukis).

Avaliação da sessão

As informações contidas na apostila e a sua associação com as vivências tidas pelas mulheres participantes deste estudo permitiram que elas complementassem os conhecimentos que já possuíam e sanassem as dúvidas sobre o funcionamento do aparelho geniturinário, em especial sobre o assoalho pélvico e as consequências de uma musculatura enfraquecida.

Um tópico que despertou bastante interesse e curiosidade das mulheres foi o que tratou da importância do fortalecimento do assoalho pélvico, que influi nas práticas sexuais e no parto. O uso dos vídeos foi avaliado de forma positiva tendo em vista que as mulheres se sentiram à vontade após terem assistido ao depoimento de uma mulher que relatou a condição vivida com naturalidade.

Algumas de suas falas atestam estas avaliações:

- Grande oportunidade de aprendizado

“Na minha avaliação dessa oficina, ela foi até melhor que a primeira, eu aprendi tanto, mais tanto, que estou com muita vontade de chegar logo a outra, já até li na apostila o que vamos estudar.” (G2 - Maat)

- Importância atribuída ao fortalecimento da musculatura perineal

“Igual à colega, gostei muito da parte que explicou sobre o fortalecimento do períneo, e que ajuda na vida sexual da gente” (G1-Hera).

- Satisfação com a possibilidade de melhorar a condição de saúde

“Saber que tem condição da gente melhorar nossa doença de IU e perder menos xixi e de repente poder sair de casa sem medo de ficar molhada nos lugares. Puxa vida! É legal demais” (G2 - Nut.).

- Avaliação positiva do aprendizado obtido

“Professor, essa oficina ela foi boa, eu aprendi a melhor cuidar da minha higiene. Eu nem imaginava que ficar com forro o dia todo podia dar problema de infecção urinária, isso, pra mim, foi muito bom que eu aprendi” (G1 - Atena).

5.3.3 Terceira oficina

Nesta oficina educativa, foram utilizados aparelho de *biofeedback*, sondas vaginais com eletrodos, cones vaginais, um gravador em áudio, a apostila construída para “Oficinas temáticas para mulheres com incontinência urinária” e o vídeo denominado: “Cones Vaginais - Como utilizá-los no tratamento de incontinências”.

Esta oficina teve por objetivo favorecer conhecimento das técnicas fisioterapêuticas para auxiliar na diminuição dos sintomas da IU. Os procedimentos feitos na oficina estão descritos nos itens seguintes:

- Iniciou-se a oficina com uma demonstração do funcionamento dos aparelhos de *biofeedback*, de eletroterapia com as sondas vaginais, bem como com os cones vaginais (cinesioterapia). Indagou-se se alguém já os conhecia.
- Foi explicado o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (MAP) e que os tratamentos fisioterápicos são os recursos mais utilizados, com taxa de cura e melhora dos sintomas variando entre 56% e 84%.
- Foram apresentados os resultados de alguns estudos com depoimentos de outras mulheres no Brasil e no mundo que fizeram o tratamento de fortalecimento do assoalho pélvico e tiveram sucesso. Foi um momento de muitas indagações e dúvidas, tendo sido despertado o interesse em realizar o tratamento. Explicou-se que o objetivo principal dos encontros, tanto dos GFs e agora das oficinas, não era o tratamento efetivo da IU de cada uma delas, mas sim construir e dividir conhecimentos e estratégias de vivências com IU, para elaboração do material educativo. Elas seriam orientadas a utilizar os cones, e estes seriam doados a elas, de modo que experimentassem o uso, em paralelo com outras ações de autocuidado que iriam ser orientadas a fazer na próxima oficina.
- Após a demonstração com os aparelhos, foi apresentado um vídeo sobre o uso dos cones vaginais. Em seguida, expuseram-se vários cones sobre a mesa para que percebessem o peso de cada um, na medida em que era explicado o porquê da variação desses pesos e das cores para o tratamento efetivo de fortalecimento. Foram discutidas as vantagens dos cones, entre elas a liberdade de uso diário sem alterar a rotina da mulher, uma vez que esta pode escolher o horário de se exercitar, por exemplo. Foram feitas diversas perguntas promovendo grande interação entre o grupo de mulheres, as quais foram gradativamente explicadas.
- Por fim, solicitou-se às participantes que lessem na apostila os quatro passos de uso dos cones, bem como sobre a síntese apresentada na apostila em que se mostram os resultados esperados quando do tratamento que visa ao fortalecimento do assoalho pélvico com o uso da cinesioterapia com os cones.
- Forem entregues a elas os cones e solicitado que, em casa, experimentassem introduzi-los na vagina de acordo com as orientações dadas e procurassem

mantê-los pelo menos por 30 minutos. Tal procedimento deveria ser dividido em dois momentos de 15 cada, contraindo a musculatura, assim como fora indicado nesta oficina, tanto no vídeo como nas explicações dadas. A partir desse dia, em suas casas, procurariam fazer uso contínuo dos cones, em paralelo às ações de autocuidado que seriam orientadas na 4ª oficina. Recomendou-se especial atenção à higienização dos mesmos, que deveriam sempre ser lavados com água e sabão e mantidos em lugar limpo e seco.

- Destacou-se ainda que, após este estudo, aquelas que manifestassem o desejo poderiam participar do grupo de extensão do Curso de Fisioterapia que está sendo montado pelo pesquisador com outro projeto. Isso porque deviam ter a clareza de que somente a continuidade dos exercícios trará os efeitos esperados de fortalecimento do assoalho pélvico. São necessários pelo menos três meses para que sejam sentidos os resultados mais efetivos.

Os trechos das interações ocorridas na sessão elucidam os fatos ora apresentados:

- Dúvidas quanto à efetividade dos tratamentos de IU

“Será mesmo que dá certo? Nem sei se acredito, eu havia prometido que não iria mais correr atrás de nada para cuidar da IU, pois já fiz um levantamento de bexiga, períneo, coloquei anel e continuo perdendo urina.” (G2 - Cleópatra).

- Dúvidas quanto aos exercícios com cones vaginais

“Não cai quando a gente anda, professor? Posso fazer tudo com ele na vagina, correr, por exemplo?” (G1 - Gaia).

- Dúvidas quanto à consciência relativa ao assoalho pélvico e a ocorrência do orgasmo

“A fisioterapeuta do vídeo falou do orgasmo se a gente estiver consciente do nosso assoalho pélvico, como posso ter essa consciência” (G1 - Juno).

- Dúvidas quanto aos exercícios com o assoalho pélvico

“Como conseguir controlar nossos músculos do assoalho pélvico? Vamos treinar, né?” (G1-Deméter); “Já experimentei, mas tenho dificuldade de segurar o músculo, que nem sabia se eu tinha...” (G1 - Minerva).

Avaliação da sessão

Esta oficina foi uma das mais produtivas e motivadoras, pois aguçou a curiosidade das mulheres, ao mesmo tempo em que lhes deu a esperança da possibilidade de minimizar os sintomas da IU. Nas avaliações das participantes, isso também ficou demonstrado.

- Prioridade atribuída ao início do tratamento, em vez de realizar avaliação da sessão

“Sabe, ... é....a gente todo tempo avalia as nossas oficinas, e eu.... eu.... sempre gosto delas, mas eu queria mesmo é.... era fazer o tratamento para ter o resultado logo, ficar sem ter medo de urinar a qualquer momento seria tudo de bom. Vocês não acham, meninas? Quero logo experimentar o uso dos cones, pois eu quero continuar no projeto que o senhor falou...” (G1- Leto)

- Consideração da oficina como interessante e satisfatória

“Essa oficina foi igual às outras... quero dizer, professor, bem interessante, de assuntos que ajudam a gente..... ajudou a entender mais coisas... me explicou bem e me deu esperança de mudar essa... essa situação ... só de pensar que tenho condições de melhorar, fico alegre e vou logo usar os cones em casa” (G2 - Anukis).

“Ah, eu também, pensem numa mulher que ficou animada com essa oficina, mas quero mesmo é realizar o tratamento, como disse a colega, eu também vou querer continuar no seu projeto, professor” (G1- Atena).

- Valorização dos exercícios com prioridade atribuída ao acesso aos tratamentos

“Olhem, eu que já tive uma experiência com os exercícios, acreditem, eles ajudam a gente, sim, como já tinha contado, parei porque são caras as sessões... então acho que essas informações que recebemos nas oficinas e trocamos aqui estão nos ajudando, mas o que mais nos interessaria seria mesmo podermos ter acesso ao tratamento, pelo menos depois, nesse projeto que o senhor disse que está organizando para atender as mulheres com IU junto com os médicos da medicina”. (G2 - Cleópatra).

- Desejo de aprendizado mais profundo sobre a musculatura do assoalho pélvico

“Na próxima oficina, eu queria aprender mais sobre como ter consciência dos músculos, assim como o senhor explicou não sei se entendi bem” (G 1- Gaia).

5.3.4 Quarta oficina

A quarta oficina teve como objetivo promover o autocuidado no enfrentamento da IU e, para tanto, haveria a necessidade de oportunizar às mulheres o conhecimento de que podem realizar ações de autocuidado e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida enquanto portadoras de incontinência. Os materiais utilizados na sessão foram o gravador de áudio e a apostila “Oficinas para mulheres com incontinência urinária”.

Procedimentos desenvolvidos:

- A oficina teve início com a indagação sobre quem havia conseguido experimentar o uso dos cones em casa e o que havia percebido e sentido. Foram muitos os relatos. Todas haviam usado, durante a semana, por pelo menos por 30 minutos ao dia, divididos em 15 e 15 minutos. Ressaltou-se que seriam tratadas outras ações de autocuidado que potencializariam o uso dos cones e essas experiências de autocuidado, somadas a todas as ações realizadas nos encontros dos GFs e oficinas. Estas seriam depois avaliadas por meio de um encontro específico para isso.
- Após as primeiras conversas de retomadas, a oficina propriamente dita deste dia partiu da explicação motivacional às mulheres para a leitura da apostila no ponto em que indicava que poderiam também minimizar os sintomas da IU por meio do “uso do próprio corpo e da autodeterminação pessoal. Em seguida, pediu-se novamente que lessem o que constava na apostila, acerca do Diário Miccional exemplificado um diário preenchido. Nesse momento, foi solicitado que uma participante lesse a descrição de um dia do que o diário mostrava. À medida que cada uma das mulheres lia, explicava-se que esta é uma forma que a mulher tem de analisar, dia após dia, o que bebe de líquido, quando e quanto bebe e quanto em mililitros é expelido de urina desse líquido e de quanto em quanto tempo vai ao banheiro também. Destacou-se, sobretudo, o potencial de reeducação do modo como a mulher lida com sua IU e foram orientadas sobre como cada uma poderá preencher seu próprio diário miccional.
- Após a apreciação e conhecimento de como pode ser preenchido o diário, orientaram-se outras ações de automonitoramento, paralelamente ao uso do

diário miccional.

- Ao final da oficina, foi entregue um formulário de diário para que preenchessem durante pelo menos um mês e exercitassem as ações orientadas de automonitoramento, potencializadas ou não pelo uso dos cones.
- Como exercício prático, solicitou-se que cada uma preenchesse o diário com os dados que tinha na memória do que havia bebido até o horário de 10h30 da manhã. Com o auxílio da assistente de pesquisa e do pesquisador, as participantes foram preenchendo o diário e deveriam dar prosseguimento a essa tarefa em casa.

Os depoimentos a seguir relatam as experiências tidas em relação ao uso de cones vaginais.

- Estranheza e dificuldade seguida por sensação de segurança e familiaridade

“Usei os cones e, no primeiro dia, estranhei, ficava fechando as pernas com medo de cair. Mas depois usei deitada e experimentava contrair como o senhor ensinou a gente e o vídeo também. Agora já consigo segurar e fazer as coisas com ele” (G1 - Atena); “Pra mim, na hora de colocar, foi como usar absorvente interno, mas, para segurar dentro de mim e andar, foi bem difícil. O bicho caía na calcinha e eu colocava de novo e foi assim, até que já estou me acostumando, mas tá um pouco complicado. Só uso deitada ainda” (G2 - Num); “Coloquei e, no começo, me incomodou, mas depois não, ficou tranquilo, consegui ficar mais tempo com ele dentro de mim sem problemas, porque aprendi a segurar, temos de ter mesmo força de vontade pra ficar e não se esquecer de colocar todo dia”. (G2 - Cleópatra).

- Facilidade para praticar o exercício

“Olhe, eu consegui usar bem, até experimentei um mais pesadinho daquele que o senhor indicou. Consegui ficar por mais de 20 minutos de cada vez, sem problemas”. (G2- Renenutet).

- Valorização do exercício e de seu potencial de cura

“Bom... acho que os cones e essas dicas de agora vão ajudar a gente a ter mais autoestima, doutor, para ter uma vida melhor” (G1-Afrodite). “Com o uso dos cones, acho agora que entendi um pouco mais essa coisa de contrair e se conscientizar do nosso corpo, o senhor quer dizer mesmo o nosso períneo, né?” (G1- Ceres).

Os depoimentos a seguir se referem à experiência no preenchimento do diário miccional.

- Dúvidas sobre como preencher quando estiver fora de casa

“Professor, como a gente pode medir o xixi quando estamos fora de casa?” (G1 - Atena); “Acho que será muito complicado andar com este papel diariamente e ter que parar pra marcar”. (G1 - Hera)

- Dificuldades para compreender o papel do diário no tratamento da IU

“A verdade é que, mesmo sendo um pouco chato mesmo fazer isso, mas a gente aprende a se conhecer, eu já fiz uma vez e, a partir daí, passei a aprender, por exemplo, não correr pro banheiro, conseguindo evitar ir lá só pra urinar uma gotinha”(G2- Maat).

Avaliação da sessão

Semelhantemente às demais oficinas, esta também teve uma boa participação e gerou interesse por parte das mulheres. Em suas avaliações, pode-se verificar isso.

- Valorização da oficina

“Poderia ter mais oficinas como esta, onde a gente aprende se cuidar de verdade e enfrentar tanto sofrimento com a IU!” (G1- Afrodite); “Doutor, por que não tem esse ensino nos postos de saúde, acho que assim muitas de nós nem tinha ficado com IU tão avançada, feito até cirurgia, e as coitadas que têm a bexiga pra fora como minha mãe.” (G1- Leto); “A oficina ensinou muito pra nós, me ensinou que até respirar pode ajudar ... com a colega, se, nos hospitais, esse que diz ser Hospital da Mulher, tivesse um atendimento para falar disso, ensinar, explicar pra gente no momento do pré-natal por exemplo, acho que nem tinha tanta mulher com isso” (G1- Héstia); “Eu vejo assim... não se toca nesse assunto. Acho que, no pré-natal, já era uma coisa que a gente poderia tá conversando, prevenir no pré-natal das mulheres, numa coleta de PCCU, numa assistência pré-natal, na consulta ginecológica. Nesse momento, já deveria tá alertando mulheres, de acordo com a sua idade, com relação à perda urinária. Aquelas que vão parir, aquelas que estão no pré-natal, trabalhar a musculatura do períneo (G2 - Heget).

5.4 AVALIAÇÃO REFLEXIVA

Na última fase da PA relativa à avaliação reflexiva do processo desenvolvido, as mulheres expuseram suas visões e percepções sobre o grau de conhecimentos favorecidos pelas trocas entre si no percurso das sessões de GFs e das oficinas.

Para isso se aplicou um questionário para se somar ao encontro de avaliação, que teve duração de duas horas sob as mesmas perspectivas dos demais encontros

feitos por meio dos GFs.

Buscou-se ainda verificar as alterações de comportamento quanto ao uso ou não de estratégias de autocuidado e de vivência com a IU, melhoria ou não da qualidade de vida das participantes com a autonomia adquirida com as estratégias de autocuidado discutidas e divididas entre elas no decorrer dos encontros nos GFs e oficinas. Nesses resultados das avaliações feitas pelas mulheres, é trazida ainda a percepção do pesquisador.

Após um mês do último encontro realizado com a quarta oficina educativa, ocorreu o encontro previsto para a avaliação geral das ações de pesquisa, ou seja, toda a PA. Nesse encontro, aos moldes dos GFs, as cadeiras foram dispostas em círculo para proporcionar a interação. Relembrou-se o motivo do encontro e foi solicitado pelo pesquisador que primeiramente preenchessem o questionário. Nesse questionário, constavam três perguntas abrangentes e abertas, que serviram de roteiro para a avaliação geral na interação.

As questões apresentadas às mulheres na fase de avaliação reflexiva da PA estão no Quadro 4

Quadro 4 - Questionário de avaliação das ações desenvolvidas na PA. Macapá, 2016.

<p>Questionário de avaliação das ações da PA</p> <p>Pseudônimo:.....</p> <ol style="list-style-type: none">1. O que significou para você fazer parte dos encontros de GFs e oficinas sobre IU?2. Quais os principais ganhos para você com a participação nesses encontros para discutir sobre IU?3. Das trocas e estratégias discutidas nos encontros, quais as que você incorporou na vida diariamente?
--

5.4.1 Percepções das mulheres sobre a PA

Cabe lembrar que, no decorrer dos encontros das oficinas, já se fazia uma avaliação ao final, para que as mulheres se posicionassem acerca do desenvolvimento das mesmas. Nesse sentido, considerando a perspectiva freiriana de empoderamento trazida neste estudo, destaca-se que foi proporcionado às mulheres com IU o sentimento de ser ouvidas e valorizadas suas vivências, além de respeitadas as

condições enquanto mulheres incontinentes. A abertura à exposição livre de ideias, de forma isenta, propiciou oportunidades de superação da condição vivida, o que contribuiu para promover a autoestima e qualidade de vida. Relatos que confirmam estas percepções estão apresentados a seguir, antecidos pelos respectivos itens representativos.

- Desconfiança inicial, superada pelo aprendizado conseguido

“Confesso que fiquei meio cabreira quando o professor convidou, mas hoje agradeço, aqui eu consegui aprender muitas coisas, e também o professor nos deixava à vontade para falar de tudo sem ter vergonha nenhuma” (G1- Flora).

- Oportunidade ímpar para compartilhar dificuldades

“Para mim, como já disse em outro momento, essas reuniões foram como uma terapia, eu me sentia leve porque podia desabafar minhas dificuldades, por exemplo, de não ser atendida e de querer conversar com alguém e não ter quem me ouvisse” (G2 - Cleópatra).

- Sentimento de esperança na cura da doença

“Significou ter esperança em melhorar a IU, eu aprendi com minhas colegas aqui, pois, nas nossas conversas durante os encontros, eu ouvia os depoimentos das colegas e o que faziam para conviver com os problemas da IU, que acabei fazendo parecido, como evitar certas roupas, o que eu não havia tido essa ideia” (G1- Leto); “Isso, como a colega falou, nada está perdido como pensávamos, temos chance de ficarmos melhores” (G2- Renenutet).

- Momentos profícuos para troca de experiências

Esses encontros eu considereei como um curso onde a gente aprende e troca muitas experiências (G1- Gaia).

- Oportunidade de aprendizado, ajuda e escuta ativa

“Aqui eu até brinquei, me diverti e esqueci muitos problemas, mas o melhor foi o que aprendi, até me higienizar, vejam só, eu pensei que sabia! Mas acho que também ensinei, não só aqui com meus depoimentos, mas já ando repassando para outras mulheres o que temos feito aqui” (G1- Atena); “Os encontros foram muito significativos, mas as oficinas tiveram para mim um sentido maior de ajuda, pois, com a última, eu passei a achar que agora eu poderei ficar não boa, mas pelo menos melhorar, já que aprendi a esperar a hora de ir ao banheiro, só vou mesmo quando tenho necessidade” (G1- Ceres); “Igual à colega que disse que achava que perdia tempo no início, eu também pensava, sábado eu tenho tanta prova para corrigir, meu Deus! E ter de ir, já fiz tanta coisa por causa dessa IU e não deu jeito, eu pensava...’não vou’. Mas, na hora, acabava vindo. Eu lembrava das conversas, das brincadeiras e do que aprendemos umas com as outras e com as suas aulas, professor, por isso meu maior ganho foi ter aprendido a me cuidar mais” (G1- Atena); “Já falei muitas vezes, professor, que aqui eu me sentia muito bem,

esqueço tudo porque todas nós somos iguais ... e meu maior ganho é estar aprendendo dominar meu músculo do períneo e segurar para ir ao banheiro, acho que estou aprendendo a ter aquilo que o senhor fala todo dia para gente consciência do corpo, esse é para mim meu maior ganho!” (G1- Hera); “O meu psicológico estava muito afetado, com os encontros, eu melhorei, as conversas me ajudaram a ver que eu sofro e que outras também sofrem e que temos de tentar encontrar um jeito de falar e de ser ouvidas, sei, por exemplo, das leis que nos protegem” (G2- Num); “Aqui funciona igual no encontro dos Alcoólicos Anônimos, a gente conversa sobre nossos problemas e ouve as colegas e daí acaba vendo que tem sofrimento maior que o nosso, como de exemplos de mulheres que vocês disseram que têm a bexiga já para fora, assim significou para mim que ainda tenho tempo de me cuidar para não sofrer tanto mais adiante. E não usar fraldas, por exemplo” (G2- Artaste).

- Espaço para construção de amizades

“Fiz amigos e confiança em mim, como mulher, se o homem não valoriza a gente, nós temos de nos valorizar, fazendo tratamento e nos cuidando, nesses bate-papos nossos, vi que podemos melhorar nossa vida mesmo com IU” (G2 - Nut).

- Espaço para adquirir confiança

“Às vezes, eu pensava em não vir para os encontros, com tanta coisa para fazer nos sábados, mas a cada sábado que eu vinha, eu fui me dando conta que não estava perdendo tempo, mas ganhando e muito! Como ganho mais específico eu digo foi perder o medo de usar fralda quando ficar mais velha. Sei que, se eu me cuidar, fizer exercícios, eu poderei não só melhorar como evitar a piora da doença.” (G2- Maat); “Ganho, ganho... ah, eu também tive muitos, e o melhor foi acreditar em mim mesma, que depende muito de mim também, de usar as estratégias de manobrar a IU, é isso acho que sabendo manobrar a IU foi meu maior ganho... agora eu, quando dá aquela primeira vontade, não corro mais ao banheiro, me concentro e penso ‘não estou com vontade, não dá agora... espera’, penso em outras coisas que, quando vejo, até esqueci ... acho que minha IU tem muito de psicológico, professor” (G1- Juno).

- Importância atribuída ao aprendizado que possibilita ser multiplicador

“Falar em ganhos, pra mim, não teve só um... foram muitos, eu me sinto importante, sabe, em saber que temos aprendido muita coisa, nossas experiências vão ajudar muitas mulheres do interior, por exemplo, a poder se cuidar quando lerem nossa cartilha, já pensaram nisso, meninas?” (G1- Gaia).

- Espaço de valorização do ser humano

“Não penso diferente das minhas colegas, nós ganhamos tanto nesse curso, eu digo curso, porque, para mim, entrar na faculdade é fazer curso, e aí a faculdade valorizar o que eu sei, melhor ainda, nunca pensei que eu ia falar assim e alguém... alguém... dizer que o que eu faço tem importância, sabe? Por isso, digo que ganhei respeito, tem gente que nem acredita que o senhor manda me buscar em casa para fazer parte desse grupo... tem um monte de mulheres perto de casa que querem depois vir participar, disse que o senhor vai abrir outra turma, aquele ... aquele de

extensão, não é?” (G1- Ártemis); “Autocontrole foi o meu maior ganho, eu sei hoje me controlar, ah também sei mais me cuidar e me valorizar também!” (G2- Maat).

- Valorização das estratégias de cuidado e cura

“Bom, eu tenho me cuidado e a estratégia que usei e gostei muito foi o diário, acho que, anotando tudo, eu me conheci e percebi, por exemplo, que não bebia água, mas vivia com vontade de urinar, estranho, né? Agora cada vez que bebo água, eu penso... ‘depois vou precisar ir ao banheiro’, mas também sei que posso segurar um pouco” (G1- Minerva); “Também adotei o diário miccional, mesmo sendo meio chato, dá trabalho medir o xixi, eu cortei um pedaço de garrafa pet para saber mais ou menos o tanto de urina que eu urinava. Mas, como eu trabalho, não tenho como andar com isso na bolsa, aí criei outra estratégia, eu comecei a contar o tempo em que eu lavava para esvaziar a bexiga sem forçar nada, natural, se a contagem desse de 1 a 35, eu tinha uma média de mais ou menos 300 mL de xixi expelido” (G2 - Cleópatra); “Depois de ter preenchido o diário e ter estar usando os cones, eu passei a entender melhor o controle de mim mesma e me compreender também melhor. Acho que uso todas as estratégias, pois eu não vou mais correndo ao banheiro e olhe que bebo mais água!” (G1- Héstia).

“Eu ainda procuro usar roupas que não me deixem em risco de parecer molhada, pois, mesmo com o uso do diário e que eu venha me automonitorando, não consigo segurar muito bem, não. É só tossir ou espirrar que molha tudo, às vezes nem estou com a bexiga cheia e molha! Mas estou me cuidando e, sempre que dá, seguro até no limite” (G2- Renenutet); “Uso os absorventes como já fazia, mas já troco mais vezes, não deixo ficar úmido por muito tempo para não ficar com infecção urinária” (G1- Atena).

“Adotei a estratégia de me lavar em vez de enxugar, mesmo em lugares que não têm ducha, procuro umedecer o papel e limpar com água, ainda troco o forro mais vezes, também antes eu ficava uma manhã inteira só com um absorvente” (G1- Juno); “Antes de trocar ideia aqui com o grupo, eu nem sabia que forçar para evacuar também agravava a IU, passei a me vigiar e percebi, que, quando forçava, eu sentia mesmo que junto vinha urina, mesmo sem vontade de urinar, então eu tenho andado me policiando e comendo farelo de trigo que não é caro e isso está me ajudando não ficar presa no intestino.” (G2- Maat); “Eu aprendi a me ajudar nessas horas de aperto com o controle da respiração, respiro profundamente primeiro pelo nariz e solto pela boca, até passar e eu esquecer, mas claro que não demora muito volta de novo, mas aí já tive tempo de estar perto do banheiro ou mesmo porque eu queria retardar a ida contraindo os músculos do períneo também” (G1- Nut).

“Eu me sinto mais segura, pois procuro usar os ensinamentos que tive aqui com minhas companheiras e juntei com o que eu já fazia e melhorei minha vida, já saio de casa sem tanta preocupação de achar banheiro, pois aprendi a me segurar, me concentro e esqueço” (G1- Hathor).

- Reconhecimento das potencialidades, decorrentes dos aprendizados adquiridos

“O que aprendi sobre como ocorre a IU, as causas, as formas de tratamentos, mais ainda que podemos nos cuidar, por meio de exercícios e fisioterapia foi muito importante, porque assim pude imaginar o que me causou a IU e quais as saídas para melhorar, não ficando somente na espera de uma cirurgia” (G1 - Flora); “Acho que essas coisas todas que vimos e discutimos em nossos encontros precisam sim

ser levadas para a cartilha, pois me esclareceu muito e se outras tiverem conhecimento por exemplo que a IU não acomete só quem tem filhos, que pode acontecer por outras causas, vai evitar mal-entendidos e a busca de tratamento mais rápido” (G2- Anukis); “Se eu soubesse como cuidar antes, eu poderia até ter me prevenido da IU, pois faria os exercícios, evitaria fumar, tratava da prisão de ventre etc.” (G2 - Renenutet); “Quando você conhece a doença, você pode evitá-la, como a dengue, e a aids, a gente não usa camisinha? E a dengue a gente passa repelente e cuida do quintal? A IU pode ser vista assim, depois que conheci tudo sobre ela, tenho mais condição de não evitar, porque já tenho os sintomas, mas melhor conviver com ela, porque vou usar meios de sofrer menos” (G2 - Atena); “Eu vou passar pra minha filha, porque, vocês acreditam, ela já vive com dor de urina e eu acho que vai ter também esse problema e ela já tem dois filhos” (G1- Afrodite).

- Desejo de continuidade em um grupo com os mesmos propósitos

“Eu sei que desse grupo maravilhoso é nosso último encontro, mas quero lembrar que já me candidatei para continuar, professor, no outro projeto, certo? Não esqueça!” (G1- Deméter); “Eu já estou com saudades de nossos encontros e quero também continuar fazendo os outros encontros, quando forem começar, nos avise, professor” (G2 - Nut); “Aqui, nesses quase quatro meses juntas, eu aprendi a gostar de cada uma que está passando pelo mesmo problema que eu. Então a saída é só voltarmos pro projeto novo” (G1- Ísis).

- Valorização do material educativo e contribuição na sua divulgação

“Quero dizer da minha defesa que essa cartilha seja mesmo distribuída em todos os lugares, acho que nem deveria ficar somente nos lugares de atendimento de saúde, mas nos shopping centers, supermercados, onde tem sempre muita gente, para que as mulheres, as jovens, e as meninas também tivessem acesso. Assim, em um futuro, talvez tenhamos menos mulheres com IU, já podem se informar dos cuidados que podem ter para evitar” (G2 - Maat); “Eu tive uma ideia, mas nem sei se é boa. Acho que essa cartilha deveria também ser distribuída para os homens, eles precisam saber sobre IU para ter mais paciência e ajudar as mulheres. Quem sabe não iriam abandonar as suas mulheres dizendo que elas ficaram frouxas” (G1- Minerva).

Quadro 5 - Síntese da avaliação reflexiva da PA. Macapá, 2016.

1. Experiência de construção de conhecimento por meio do aprendizado de modo compartilhado; 2. Percepção de que seus conhecimentos são valorizados pela academia e podem ser relacionados com os da ciência; 3. Percepção de que podem mais do que acreditavam poder – ter autonomia, ter voz, ser ouvidas, ter empoderamento e autoestima; 4. Consciência e ampliação de usos das estratégias de autocuidado para vivência com a IU; 5. Incorporação de conhecimento sobre autocuidado perene para a melhoria da qualidade de vida; 6. Reconhecimento de que devem ser respeitadas como mulher; 7. Autoconhecimento do corpo e do psíquico – favorecendo sua qualidade de vida sexual e social; 8. Motivação para transformar sua realidade como incontinente e de outras mulheres numa perspectiva preventiva; 9. Compreensão do papel da cartilha como potencial meio de informação e prevenção da IU; 10. Poder de reversão da situação de incontinente - temerosa e angustiada, para uma mulher que busca mudar essa condição.

Em síntese, no decorrer das quatro fases da PA, foram desenvolvidas 13 sessões grupais, tendo sido oito de GF, quatro de oficina educativa e uma de avaliação geral, além da fase de entrevistas individuais. O lapso de tempo entre os GFs do G1 e do G2 foi de seis meses. Desse modo, os GFs do G1 ocorreram em julho de 2014 e os do G2, em dezembro de 2014. As quatro sessões de oficinas educativas foram desenvolvidas em janeiro de 2015, com participação das mulheres dos grupos G1 e G2 simultaneamente. O encontro da fase, cujo tema foi a avaliação geral do processo de PA, foi realizado em fevereiro de 2015.

5.4.2 Percepções do pesquisador sobre as ações de pesquisa

Finalizar os encontros dos GFs e oficinas, envolvendo participantes mulheres, algumas com histórias sofridas de tratamentos sem sucesso, outras com grande ansiedade de realizar um tratamento para minimizar as angústias de viver com IU, e outras já sem crença alguma de que poderiam alterar suas condições, minimante que fosse, exigiu determinação e insistência e o enfrentamento de muitos desafios.

Em primeiro lugar, a dificuldade para montar o grupo que, a princípio, seria só de 12 mulheres. Mas com a recomendação da banca de qualificação deste estudo de que deveria equilibrar o perfil das participantes e considerar o grau de escolaridade, para a quebra da homogeneidade detectada, foi necessário enfrentar o desafio de constituir mais um grupo de participantes, o G2, e realizar as atividades de GF também para esse grupo, após já ter finalizado as sessões do GF com o G1.

Após compor outro grupo, o G2, e fazer as sessões do GF com ele, o outro desafio foi realizar as oficinas com esses dois grupos juntos, e foi preciso administrar um número maior de mulheres (G1 e G2) e equilibrar as discussões quando da mediação para não permitir que membros de um ou de outro grupo monopolizassem as reuniões.

No entanto, ressalta-se que os desafios estão trazidos aqui como introdutórios da percepção do pesquisador acerca do processo de desenvolvimento das ações de pesquisa, por meio dos GFs e das oficinas, de modo que seja mais bem compreendido o percurso da PA, a ponto de servir de roteiro orientador a outros pesquisadores que busquem o mesmo caminho. Em outros termos, pretende-se deixar as percepções para

figurar como exemplo a pesquisadores que tenham interesse de realizar estudos semelhantes em outros contextos.

Resumindo aqui, entre os desafios que se impuseram, destacam-se: recrutamento/convencimento das mulheres a compor o grupo de estudos; deslocamento dessas participantes até a universidade aos sábados agendados; mediação de um grupo com um número considerável de mulheres, 22 no total, e o maior de todos: manter o interesse das participantes no decorrer do desenvolvimento das ações, para que não abandonassem o estudo.

Para o recrutamento, o desafio se apresentou na tentativa de convencimento das mulheres a participarem, que poderiam contribuir com suas vivências no jogo interativo com as companheiras e o pesquisador, pois não acreditavam que tinham esse potencial.

Para reverter essa situação, amparou-se em Morgan (1997) quando explica que o que torna um grupo focal efetivo é a interação entre os seus componentes de modo que possa gerar dados e *insights*, e estes podem não ocorrer se não houver essa interação em um dado grupo. Assim, o pesquisador conversou individualmente com cada uma das participantes para convencê-las de que tinham muito a contribuir, além de poderem discutir e trocar experiências com outras mulheres sobre um tema tão relevante. Ressaltou-se a importância que teriam para ajudar na construção do material educativo a ser depois divulgado para muitas outras mulheres.

Em síntese, o objetivo nesse diálogo individual foi mostrar a elas que teriam um papel importante neste estudo, permitindo-lhes reconhecerem-se como pessoas que tinham algo a oferecer, antecipando-lhes o sentimento de empoderamento. Esse empoderamento foi favorecido também pelo trabalho desenvolvido por meio de oficinas, por serem concebidas com uma forma de intervenção educativa de viés emancipatório e crítico (Chiesa e Westphal, 1995).

Enfrentou-se também a logística de deslocamento, uma vez que foi necessário buscar apoio de outras pessoas para transportar as mulheres em suas residências, que não tinham como se deslocar até o local do estudo na universidade.

Por fim, o maior de todos os desafios, conseguir manter o interesse das participantes durante as ações de pesquisa nos GFs e oficinas. Para isso, desenvolveram-se as ações de modo dinâmico com temas de escolha das participantes. Para auxiliar na dinamicidade do processo, buscou-se também elaborar

material, como apostila, *slides*, e trabalhar com peças anatômicas do sistema geniturinário, entre outros, para o apoio nas ações com os grupos.

Para isso, a demonstração da importância de cada uma das mulheres na construção do estudo, a cada encontro, era fundamental. Principalmente quando uma não podia vir, ou seja, faltava ao encontro, tanto das sessões de grupo focal quanto das oficinas, era reforçada a importância de que não abandonassem o estudo tendo em vista a relevância de que fosse finalizado o que havia sido planejado. Houve situações que impuseram alterações no planejamento feito, o que demandou a necessidade de flexibilidade por parte do moderador dos GFs.

Considerando ainda o espaço no GF como elemento de grande relevância para auxiliar no jogo da interação, de acordo com Minayo (2004), selecionou-se um local amplo em um prédio agradável e tranquilo e com banheiros próximos para oferecer as condições necessárias às participantes para se sentirem seguras para participarem, ao mesmo tempo que garantisse a realização dos registros por meio de gravações em áudio.

Além dessas estratégias, procurou-se garantir um clima de empatia, em que era dada às participantes a liberdade para expressarem-se a fim de que fossem construídos conhecimentos de modo partilhado. As mulheres foram motivadas ainda ressaltando a importância de compartilhar experiências e assim poderem ajudar outras mulheres com a produção do material educativo que será feito ao final do estudo.

Quanto ao material educativo, a construção deste somente foi possível graças ao processo das ações de pesquisa por meio dos GFs e das oficinas com as mulheres participantes, que tiveram suas vozes e experiências consideradas e reconhecidas como fonte de conhecimento e empoderamento.

Cabe destacar aqui a contribuição e as vozes dos profissionais de saúde, que avaliaram tecnicamente o material educativo, bem como os profissionais de comunicação social, fundamentais para que se tivesse um resultado efetivo do processo da construção da cartilha.

Quadro 6 - Síntese das percepções do pesquisador sobre as ações de pesquisa. Macapá, 2016.

Desafios	Estratégias de mitigação
Recrutamento/convencimento das mulheres a compor o grupo de estudos	Convite individual – dialogado Convencimento do benefício da partilha das experiências; Favorecimento do empoderamento das mulheres participantes; Esclarecimento detalhado do objetivo do estudo.
Logística de deslocamento até a Universidade aos sábados agendados	Apoio nas dificuldades de deslocamento; Orientação detalhada de itinerário (mapas, trajetos etc.).
Manter o interesse das participantes, impedindo o abandono.	Dinamizar as ações; Ter disposição/abertura para escuta; Permitir flexibilidade no planejamento; Tratar de temas de interesse e necessidades das participantes – cuidando para não se desviar do foco do estudo; Fortalecimento diário da autonomia e participação de todas as mulheres, ressaltando sua importância e papel na pesquisa; Ser um mediador atento e sensível para equilibrar o jogo interativo entre os participantes.

5.5 A ELABORAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO

O processo de elaboração do material educativo, visto que foi produto de um trabalho desenvolvido paralelamente às ações educativas, encontra-se apresentado no final da seção de resultados. Segundo o referencial teórico que embasou este estudo, um material educativo deve ser construído levando-se em conta, sobretudo, a perspectiva das próprias mulheres que serão seu público-alvo, neste caso, as portadoras de IU.

Em face de tal premissa, apenas a consideração de suas experiências, enfrentamentos diários derivados da doença e seus conhecimentos prévios sobre as mesmas seriam suficientes para compor o material educativo, produto final desta pesquisa. Entretanto, para isso, considerou-se a necessidade de incluir tópicos recomendados pela literatura científica especializada em IU.

Em outros termos, num processo de elaboração do conteúdo de um material educativo na área de saúde, uma base consistente de literatura especializada e os conhecimentos científicos disponíveis sobre o assunto devem ser considerados. Trata-se de cuidado que proporciona segurança ao usuário e reconhecimento do valor da

equipe de profissionais. Além disso, descreve-se com clareza a fundamentação dos cuidados a serem realizados, por ser esse momento um exercício no sentido de se fazer uma reflexão sobre ações que possam auxiliar no desempenho do autocuidado (Echer, 2005).

Outra grande recomendação considerada foi a adequação da linguagem das informações encontradas na literatura, tornando-as acessíveis. Nesse sentido, Echer (2005) explica que isso é necessário porque nem sempre o pesquisador percebe que está utilizando uma linguagem técnica, compreendida exclusivamente por profissionais da área. Assim, em atenção ao público em potencial a que o material educativo se dirige, mulheres que não têm formação técnica na área e muitas com perfil elementar de letramento/alfabetização, a linguagem foi um dos principais elementos a receber um cuidado especial.

Nessa direção, foram empregados termos e palavras que fossem familiares, ou seja, de uso cotidiano e de compreensão fácil. Quando impreterível a utilização de termos técnicos, procuraram-se outras palavras e expressões que esclarecessem os sentidos propostos. Para tanto, foram elaborados exemplos concretos que fossem esclarecedores.

O formato do material também foi discutido em grupo com a participação das mulheres. Naquela ocasião, foram apresentados exemplos de materiais educativos para que as mulheres pudessem analisar e fazer opções quanto ao formato, disposição das informações, de forma que fossem mais atrativas e compreensíveis.

As recomendações de Echer (2005) vêm ainda na direção de ser necessário selecionar quais informações realmente são importantes para constar no manual, porque ele precisa ser atrativo, objetivo, não pode ser muito extenso, mas deve dar uma orientação significativa sobre o tema a que se propõe. Para isso, foram concedidos o espaço e o tempo no processo de organização e sistematização desses conteúdos, tempo para que se discutissem e elegessem tópicos e subtópicos mais pertinentes a essas mulheres e, que, portanto, pudessem ser inseridos no material educativo. Com isso, o conteúdo do material educativo foi composto a partir das necessidades expressas pelas próprias mulheres a partir de suas vivências e demandas como incontinentes e discutidas durante a participação nos GFs e nas oficinas.

O produto deste processo resultou na elaboração do material educativo composto por meio de perguntas e respostas, ilustradas por imagens, considerando a forma de história em quadrinhos. Trechos de narrativas de episódios relacionados com o enfrentamento da IU foram inseridos para atribuir ao material educativo um caráter mais realístico.

Com base nessa estratégia de análise, e considerando a necessidade de sintetizar dados relativos à fase de diagnóstico da realidade na perspectiva coletiva, foi feito um mapeamento dos tópicos e subtópicos mais significativos que emergiram durante o desenvolvimento dos GFs e oficinas. Estes tópicos e subtópicos, assim como seus principais conteúdos, estão apresentados na forma de quadro (Quadro 7) para facilitar a identificação dos mesmos. Com base nestes tópicos e subtópicos, foi planejado o conteúdo a ser inserido no material educativo, conforme quadro a seguir:

Quadro 7 - Tópicos e subtópicos indicados pelas mulheres para composição do conteúdo do material educativo. Macapá, 2016.

Tópicos	Subtópicos
Conhecimento/reconhecimento da IU	<ul style="list-style-type: none"> – Reconhecimento dos sintomas da IU por meio da perda de urina por certo tempo – Pouco conhecimento dos males causados pela IU – Aspectos psicológicos e qualidade de vida
Tratamentos e práticas de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> – Dificuldades para receber assistência profissional – Falta de humanização na assistência – Tipos de tratamento disponíveis – IU como doença que requer prevenção e cuidados
Medidas preventivas	<ul style="list-style-type: none"> – Falta de orientação nas redes de saúde – Carência de profissionais especializados
Sentidos e significados atribuídos à IU	<ul style="list-style-type: none"> – Vergonha, medo/constrangimento – Dificuldades para compartilhar com o marido – Maus-tratos/ menosprezo – Problemas sociais e psicológicos
Gravidez e parto como agentes precursores da IU	<ul style="list-style-type: none"> – Mulheres múltiparas com partos vaginais – casa ou assistidas – Mulheres sem partos vaginais
Sexualidade da mulher com IU	<ul style="list-style-type: none"> – Sentimentos negativos - perda da feminilidade, alargamento das paredes vaginais – Machismo/ perda do parceiro
Estratégias de vivência com a IU	<ul style="list-style-type: none"> – Disfarces adotados – Restrições na vida social, no vestuário, na ingestão hídrica

Cabe ressaltar também que um material educativo, além de ser didático, precisa despertar nas pessoas estímulo a lê-lo. Para isso, procurou-se ilustrá-lo de modo a ficar atrativo, descontraído, tornando-o menos denso e de fácil entendimento, já que, para algumas pessoas, as ilustrações explicam mais que muitas palavras.

Para atender a esse preceito, em vez de fotografias, foram utilizados desenhos originalmente feitos por um *design gráfico* a partir de todo um processo de discussão sobre o que se objetivava com cada um dos desenhos, relacionando-os sempre com o conteúdo que se pretendia fazer compreender de modo a atingir o público de mulheres.

Houve a preocupação em elaborar imagens considerando especificidades étnico-raciais. Pelo fato de o material educativo ser composto por meio da história de uma mulher incontinente e possuir, portanto, apenas uma personagem principal, optou-se por um perfil de personagem que fosse representativa da maioria da população Amapaense: uma mulher de pele morena, olhos amendoados e cabelos ondulados, representando a miscigenação entre índios, negros e brancos, a qual foi denominada de Iara Urca.

Todas as ilustrações do material educativo foram feitas com o apoio de profissional da área de design e a editoração, por profissionais de comunicação.

5.5.1 Validação da cartilha por peritos

O material educativo produzido foi submetido à validação de dois peritos, que são especialistas em uroginecologia e uma fisioterapeuta especialista em urofisioterapia. Ambos com larga experiência na fisioterapia uroginecológica, tendo inclusive obras publicadas na área. A etapa de qualificação do material educativo visou a sua avaliação por meio desses especialistas. Assim, a cartilha foi submetida a esses profissionais, que a leram e fizeram recomendações, as quais foram inseridas antes de apresentá-la às mulheres.

5.5.2 Validação do material educativo pelas participantes da pesquisa

Echer, 2005 destaca a importância de melhorar a qualidade do conteúdo do material com pacientes que já vivenciaram o problema em estudo. Isso permite a ser avaliado o que não foi abordado, o que não foi entendido e se há distância entre o que

se escreveu e o que está sendo entendido pelos usuários em potencial do material educativo. Isso se justifica porque o alvo primordial da educação em saúde serão as pessoas acometidas pela patologia referente ao conteúdo do material educativo, sentencia ainda Echer, (2005).

Em face disso, o material educativo aqui proposto passou por essa fase de avaliação e validação pelo grupo de mulheres participantes deste estudo. Com isso, propiciou-se a oportunidade de essas mulheres lerem a cartilha, indicarem palavras, expressões, frases ou ilustrações incompreensíveis e darem sugestões para substituição.

Nessa etapa, os agendamentos dos encontros com as mulheres deram-se seguindo a preferência delas quanto à data, à hora e ao local. O pesquisador se propôs a entregar o material para que pudessem ler, fazer anotações do que não conseguiam compreender ou sugerissem algo a ser inserido e/ou modificado. Foi agendado um encontro com cada uma em sua casa. A duração desse encontro foi de uma hora, em que pesquisador e participante, folheando a cartilha, puderam conversar e interagir sobre as sugestões e incompreensões dela acerca do material. As sugestões foram anotadas pelo pesquisador e, depois de analisadas, algumas foram inseridas, mas outras não.

Para tanto, foi considerada a pertinência frente ao que as demais mulheres apontaram. Participaram desse momento apenas 14 mulheres, pois as demais não dispunham do tempo que foi dado para a leitura e o encontro no momento proposto, ou apresentaram outras dificuldades que as impediram de participar da fase de validação do material.

5.5.3 Composição da versão final da cartilha

Com as sugestões inseridas após a validação tanto dos peritos quanto das mulheres, realizou-se a revisão da cartilha e esta foi encaminhada para a editoração.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Conforme já apontado antes, o desenvolvimento da PA se compôs de quatro fases inter-relacionadas. A primeira consistiu no diagnóstico da realidade, o que demandou a realização de visita ao local de pesquisa, abordagem e recrutamento das mulheres que compuseram os grupos.

Como resultado desta fase, foi apresentado o perfil sociodemográfico e mapeada a realidade na dimensão coletiva, a partir dos resultados obtidos com os GFs. Para esta fase, ainda se fez o mapeamento na dimensão individual, por meio da aplicação da entrevista de profundidade, que contribuiu para a construção das categorias descritivas.

Nessas categorias, está descrita uma realidade vivenciada pelas mulheres portadoras de IU, demonstrada pelos resultados obtidos, que corroboraram com os encontrados em estudos anteriores realizados em outros contextos, quais sejam: que as mulheres que têm IU sofrem danos físicos e psicológicos que causam impactos negativos na qualidade de vida. Trata-se de uma vida caracterizada por experiências difíceis, convivência com inúmeras dúvidas, com a vida sexual e social comprometidas em consequência dos sinais e sintomas da doença.

Para a segunda fase, a das ações educativas, foi elaborada uma apostila, considerando as necessidades das mulheres e realizadas quatro oficinas com os grupos G1 e G2. Nesta fase, as ações de pesquisa por meio das oficinas educativas se inter-relacionaram com o que foi tratado nos GFs com vistas a um aprofundamento.

Com as ações educativas, por meio das oficinas, tornaram-se mais evidentes, nas narrativas das mulheres participantes, os sofrimentos ocasionados pela ausência ou deficiências no modo em que a IU é olhada por parte do sistema de saúde. Estas falhas têm impedido a adoção de medidas preventivas para a ocorrência da doença e causado dificuldades na promoção da saúde das mulheres com IU. Consequentemente, os seus sofrimentos se intensificam e, apesar disso, não encontram respaldo suficiente no processo de tratamento e cura da doença.

Destaca-se ainda que, no decorrer das sessões dos GFs e das oficinas educativas, foram observadas intensas trocas de vivências e compartilhamentos das

formas de lidar com a IU. Estas possibilidades renderam às participantes ampliações no emprego de estratégias de autocuidado em relação à IU.

Este fato confirma que as discussões e reflexões, quando feitas coletivamente, propiciam resultados que contribuem para promover os cuidados e autocuidados em relação à saúde. Foi também possível constatar que estes encontros grupais, sejam eles por meio de GFs ou oficinas educativas, podem ser estratégias que possibilitam a promoção da saúde.

A fase 3 constituiu-se na elaboração e validação do material educativo e, por fim, na quarta fase, da avaliação reflexiva, foi realizada a avaliação por parte das mulheres das atividades desenvolvidas nos percursos da PA. Foi feita a partir da aplicação prévia de um questionário com três questões abertas e abrangentes. Estas questões foram aprofundadas pelo diálogo interativo entre o grupo de mulheres e o pesquisador, usando-se de uma sessão de GF.

Nessa avaliação reflexiva, foi possível verificar que as atividades desenvolvidas no decorrer da PA propiciaram às mulheres a experiência na construção de conhecimento por meio do aprendizado partilhado, e que estas tiveram seus conhecimentos valorizados. Perceberam que podem mais do que acreditavam e por isso ganharam autonomia e voz, aumentando a autoestima e consequentemente se empoderaram com a clareza de que podem ser reconhecidas e respeitadas.

As atividades da PA proporcionaram ainda a percepção das participantes da importância que tem o uso das estratégias de autocuidado e o autoconhecimento (do corpo e do psíquico) para melhoria da qualidade de vida sexual e social.

Passaram a motivar-se para transformar sua realidade como incontinentes e de outras mulheres, numa perspectiva preventiva aliada ainda ao poder de reversão da situação de incontinente – temerosa e angustiada, para uma mulher que busca mudar essa condição. Apresentaram clara compreensão do papel da cartilha como potencial meio de informação e prevenção da IU.

Vale lembrar que, no decorrer do processo das ações de pesquisa, as participantes tiveram garantidas tanto a autonomia na problematização de suas vivências como a valorização das suas experiências e de seus conhecimentos prévios.

Nesse sentido, a articulação entre educação e saúde se apresentou como potencial para promover o respeito mútuo entre os saberes científico e popular, sem sobreposições, de modo a reconstruir tais saberes (Diretrizes para a Educação em Saúde, 2007).

Destaca-se que os detalhamentos das fases da PA como efetivamente desenvolvidas neste estudo estão descritos na seção de resultados. Aqui se apresenta a discussão desses resultados de modo sintético a partir das categorias que se apresentaram.

6.1 DIMENSÃO COLETIVA DA EXPERIÊNCIA DE SER INCONTINENTE

6.1.1 Elucidações advindas dos dados sociodemográficos das mulheres com IU participantes da PA

Conhecer os dados sociodemográficos das mulheres pesquisadas nos permitiu uma série de elucidações, que se coadunam com realidades pesquisadas em outros contextos. O primeiro dado relevante diz respeito ao nível de escolaridade em comparação ao grau de informação e conhecimento acerca da patologia e suas causas. Mulheres do G1, predominantemente com escolaridade apenas de nível fundamental, apresentaram pouco ou nenhum conhecimento da patologia que lhes afeta, ou seja, a IU.

Essa é uma das possíveis causas de maior tempo de sofrimento sem a busca de tratamento, se comparadas às mulheres do G2. No G1, por exemplo, havia duas mulheres que já se encontravam em fase adiantada de progressão da doença, ou seja, com prolapso. Esta fase de progressão não foi identificada entre as mulheres do G2. Neste grupo, havia duas mulheres que já tinham se submetido a três tipos procedimentos para minimizar a IU.

Evidentemente esses dados não podem ser considerados de forma isolada. Há necessidade de analisar conjuntamente outros dados, como a escolaridade e o nível de renda, que provavelmente representam um fator que potencializa a busca e a garantia ou não da assistência. É comprovada a relação direta entre nível de escolaridade e renda, pois, segundo a Fundação Getúlio Vargas (2008), cada ano de escolaridade equivale a 15% a mais de renda, o que gera consequentemente

mais possibilidade de acesso a outros bens, entre estes, o acesso à assistência à saúde.

No entanto, não se pode descartar a hipótese de que a falta de conhecimento da patologia não advenha do baixo nível de escolaridade, de forma isolada. O que pode estar dificultando o acesso a mais informações e esclarecimentos são os problemas relativos à prevenção, educação e promoção de saúde, pouco considerados nas unidades de saúde brasileiras. Consequentemente resta aos usuários dos serviços de saúde apenas a perspectiva curativa, embora tardia, como se atesta nos dados. Existem mulheres que estavam sofrendo com a patologia há mais de 25 anos e não tinham realizado nenhum tratamento.

Outro ponto que emergiu foi o fato de a IU ser uma doença pouco reconhecida como condição que requer atenção e cuidados. Ou seja, ela é negligenciada, provavelmente por não ser uma patologia que cause mortalidade, como o câncer ou as cardiopatias. O que se percebe é que não se levam em conta os danos sociopsicológicos de quem a sofre, conforme será evidenciado mais adiante.

Em outros termos, esses fatores corroboram para que as mulheres levem muito mais tempo para busca de tratamento. Como constatado neste estudo, as mulheres levaram de três a 25 anos para procurar auxílio médico. Este problema pode ser derivado, não somente do desconhecimento da patologia que as acomete, mas também da fragilidade nas unidades de saúde no que diz respeito à educação em saúde, que poderia contribuir também na prevenção da doença. Trata-se de realidade que pode representar um dos entraves no reconhecimento dos agravos da IU enquanto patologia que afeta a vida de milhares de pessoas, em especial das mulheres.

Outro dado que se relaciona com grau de escolaridade e renda é a paridade das mulheres do G1. Entre as mulheres deste grupo, prevaleceu um número maior de filhos, que variou de um a oito. Diferentemente das mulheres do G2, cujo número de partos variou entre zero a, no máximo, quatro. Estes dados reforçam os apresentados pelo IBGE (2010), de que as mulheres com nível de escolaridade menor são as que possuem maior número de filhos.

Na sequência desse tema, destaca-se que, nos dois grupos, todas as mulheres com filhos tiveram partos vaginais. Entre as 12 mulheres do G1, todas as

experiências de partos vaginais se deram sem assistência médica, ou seja, apenas com ajuda de parteiras. Por outro lado, entre as dez mulheres do G2, oito tiveram experiência de partos vaginais, embora com assistência em maternidade. Entre as mulheres do G2, duas não tiveram gravidez.

Sabendo que o parto vaginal representa um fator de grande potencial da causa da IU, infere-se que talvez essa também seja uma das possíveis causas de haver mais mulheres com IU agravadas no G1, incluindo as duas com prolapso nesse grupo.

Em síntese, o que se verifica no perfil sociodemográfico das participantes desta pesquisa reforça os resultados apresentados pelos estudos que focalizaram os impactos socioeconômicos na saúde das pessoas, com as dificuldades de acesso aos diversos bens e direitos que as pessoas possuem. No caso das mulheres deste estudo, em especial as do G1, estas tinham renda que reflete o baixo nível de escolaridade, consequentemente, com comprometimentos no acesso a diversos outros bens, entre eles a saúde. Algumas mulheres entre as pesquisadas chegavam ao limite da dignidade humana, pois conviveram por longos anos com o prolapso, sem ter tido acesso a tratamentos.

6.2 OFICINAS EDUCATIVAS: OS GANHOS SEGUNDO A AVALIAÇÃO DAS MULHERES PARTICIPANTES DA PA

A respeito das ações educativas desenvolvidas por meio das oficinas, verificou-se que foram não somente esclarecedoras, mas também permitiram também a necessária abertura para que as mulheres se colocassem com criticidade frente à realidade que as envolvia. Acredita-se que este tenha sido um dos grandes ganhos das participantes desta pesquisa.

Exemplo dessa criticidade foi a demonstração de suas percepções sobre as unidades de saúde, não apenas do Estado do Amapá, mas também de outras regiões do país, considerando a qualidade da assistência recebida nas redes pública e privada. Somando-se a isso, destacamos a abertura para que opinassem e expressassem suas avaliações sobre os direitos garantidos por lei, relativos à política específica de saúde da mulher.

As oficinas se apresentaram como uma grande oportunidade para que as participantes desabafassem e constatassem que outras mulheres vivenciavam problemas semelhantes, em especial, na vida sexual, ao se aperceberem com perdas de urina nas relações sexuais, consequente perda do interesse sexual e do prazer no sexo. Além disso, propiciaram a elas a compreensão sobre a IU e o próprio corpo, sobretudo do funcionamento do aparelho geniturinário. Para essas mulheres, a importância atribuída ao fortalecimento da musculatura perineal, advinda da satisfação com a possibilidade de melhorar a condição de saúde, a vida sexual e social, pode ser considerada como outra forma de benefício propiciado para as mulheres que participaram deste estudo.

Além disso, a desconfiança inicial foi substituída pela efetividade das possibilidades de tratamento da IU, demonstradas durante as oficinas. As atividades desenvolvidas durante as oficinas possibilitaram a emergência do sentimento de esperança em relação à minimização dos sintomas da IU tendo em vista os tratamentos que estavam ao alcance das mesmas.

Este conjunto de elementos impulsionou a busca por tratamentos alternativos, como a fisioterapia uroginecológica, o automonitoramento e o autocuidado, e a confiança, até então negada. Assim, ao final das oficinas, o que se verificou foi uma demanda enorme de questionamentos para esclarecimentos de dúvidas quanto aos exercícios com cones vaginais e o papel do diário no tratamento da IU, além das diversas outras estratégias aprendidas e ou compartilhadas entre as participantes.

6.3 O CONTEÚDO DO MATERIAL EDUCATIVO

Na construção do material educativo, buscou-se organizar uma cartilha que, além de fácil compreensão, fosse acessível e isenta de linguagem técnica. Houve o desafio de fazê-la interessante e atraente para o público-alvo, que era variado em termos de escolaridade, indo do nível de escolaridade fundamental incompleto à pós-graduação.

Vale destacar que se apresentou um dado singular no momento da avaliação da cartilha pelas mulheres. Uma participante ressaltou que há mulheres que habitam na região interiorana, como a população ribeirinha, onde algumas não alfabetizadas, mas que gostariam de ter acesso ao material. Estas deveriam ser consideradas

como potenciais usuárias da cartilha e, portanto, seria necessário torná-la mais autoexplicativa possível, por meio de imagens e desenhos ao lado dos textos.

Foi desse modo que nasceu a ideia de se criar uma personagem central para “conversar” com as leitoras, que terão acesso ao material. Assim, apresentou-se para este trabalho a senhora “Iara Urca”, a partir da abreviatura de Incontinência Urinária.

O material educativo teve todo o seu conteúdo organizado com base nas necessidades apresentadas pelas próprias mulheres, considerando suas vivências com a IU. Essas vivências foram discutidas nos GFs e nas oficinas e, posteriormente, sintetizadas como tópicos e subtópicos importantes para compor a cartilha. Tal opção se deu pela representatividade e recorrência com que se colocaram esses temas durante os encontros, ora para aprofundamento, ora para buscar mais explicações e desvelamento de dúvidas.

Ressalta-se ainda que, embora todo o material tenha seu conteúdo baseado nas necessidades e demandas das mulheres, as evidências científicas disponíveis e atualizadas na área do estudo foram consideradas.

6.4 DIMENSÃO INDIVIDUAL DA EXPERIÊNCIA DAS MULHERES COM IU

Aqui se apresentam os resultados referentes à análise indutiva e interpretativa das entrevistas individuais de profundidade em relação aos dados captados nos GFs. Estes dados estão apresentados na forma de categorias representativas na sessão dos resultados, cujos conteúdos são exemplificados por meio de trechos extraídos das narrativas das mulheres na referida sessão.

Foram depreendidas seis categorias representativas das experiências vividas pelas mulheres participantes da PA, a saber: **Categoria 1** - A urina sai sem querer: o processo de descoberta da doença; **Categoria 2** - Variados motivos levam a esta doença: a percepção das mulheres sobre as causas da IU; **Categoria 3** - Uma doença estigmatizante: significados negativos atribuídos à UI **Categoria 4** - Uma doença que causa reflexos negativos na vida cotidiana: consequências sobre a vida social e a saúde; **Categoria 5** - Sexualidade e vida sexual afetadas: consequências da IU na vida íntima; **Categoria 6** - Desconhecida das mulheres e desconsiderada pelos profissionais: motivos da busca tardia pelo tratamento da IU.

Essas categorias passam agora a ser discutidas segundo bases teóricas que sustentam esta pesquisa.

Categoria 1 - A urina sai sem querer: o processo de descoberta da doença

Os resultados desta pesquisa demonstraram que as mulheres se reconhecem como incontinentes por meio de sintomas físicos descritos por elas como “não conseguir segurar a vontade de urinar”; “urinar sem querer”, entre outros. Percebeu-se, entretanto, que elas desconhecem a IU como patologia que as acomete e que, portanto, precisariam de cuidados de saúde específicos.

Em outros contextos, a compreensão da IU como doença naturalizada se apresenta, já que as mulheres se percebem como incontinentes, a partir dos sintomas físicos que sentem em si (Akyus et al., 2013; Bradway e Brag, 2006; Macdonald, 2007).

O enfrentamento de dificuldades para reter urina na bexiga foi relatado por várias mulheres e isso foi referido como sendo um dos principais sintomas indicativos de estar com IU. Estudiosos deste assunto relataram que muitas mulheres têm percebido a IU como sendo uma questão individual e não um problema de saúde. Portanto, uma doença que não requer intervenção (Silva e Lopes, 2009). A IU, quando incorporada na vida da mulher, é vista por ela mesma como uma condição inerente à própria história de vida, não requerendo, portanto, atenção profissional (Bradway, 2005).

Houve também mulheres que atribuíram a ocorrência da IU como uma consequência da infecção urinária. É compreensível esta confusão por parte das mulheres diante de uma patologia que apresenta uma condição de saúde complexa e difícil identificação para quem não tem informação alguma acerca da mesma. Conforme estudiosos atestam, as mulheres muitas vezes têm dificuldades de reconhecer que estão experimentando os sintomas de IU e, portanto, não conseguem identificar-se como sendo uma pessoa afetada pelas dificuldades quanto à natureza de um problema não especificado de saúde. Por isso, hesitam em revelar as condições de saúde que as constroem (Link e Phelan, 2006).

Como consequência, ocorre o agravamento do problema, entre eles aumento do volume de líquido perdido, podendo desenvolver o prolapso uterino e de bexiga, além de afetar cada vez mais a qualidade de vida, já que essas mulheres se

obrigam a conviver com a doença por muitos anos até conseguirem assistência médica.

Há outros estudos (Hägglund e Ahlström, 2007) cujos autores explicam que as mulheres que vivem com IU sentem-se impotentes por estarem em uma situação vulnerável e que se esforçam para ajustamento, convivendo, portanto, com isso e acabam por naturalizar a IU em suas vidas, utilizando-se de estratégias diversas de convivência silenciosa. O frágil ou nenhum conhecimento das mulheres sobre a IU causa experiências cotidianas extremamente desagradáveis, mas que são guardadas e silenciadas por essas mulheres, que sofrem caladas por sentirem-se vulneráveis em relação à doença que as põe em risco frente à visão dos outros.

Levando em consideração a prevalência da IU encontrada nos estudos, sua natureza crônica, “silenciosa” e seu impacto físico e psicossocial, percebe-se que muitas pacientes permanecem subdiagnosticadas e sem tratamento por não se queixarem de suas perdas urinárias. Kleinman (1988) ressalta que se torna imperativo que os profissionais e os programas de prevenção se preparem de forma adequada para uma abordagem eficaz de condução dessa condição na população. Este pesquisador defende ainda que, considerando contextos históricos e culturais, as percepções, experiências e ações relacionadas a quaisquer sintomas de sofrimento são dependentes de entendimentos compartilhados e significados atribuídos à condição de ser incontinente (Kleinman, 1988).

Os profissionais de saúde estão em uma posição privilegiada para iniciar discussões sobre IU. Em geral, as mulheres com IU são mais propensas a discutir o problema quando um profissional de saúde traz isso em primeiro lugar. Esta é uma forte evidência que os profissionais de saúde devem usar para a abordagem e se comunicar com suas pacientes de forma mais ativa (Horrocks, Somerset, Stoddart, Peters, 2004). Mas se sabe que, no sistema público de saúde brasileiro, não há uma atenção para IU. Consequentemente, ocorre perpetuação do sofrimento da mulher com IU, que, na maioria, não tem acesso à reabilitação por falta de programas voltados às reais necessidades dessas usuárias do SUS (Delarmelindo et al., 2013).

Em face dessa realidade, há que se considerar que a IU deva ser diagnosticada por meio das queixas clínicas feitas pelas mulheres. Por exemplo, nas idas às consultas ginecológicas de rotina ou uroginecológicas, devem lhes ser fornecidas orientações apropriadas e estas mulheres precisam ser bem

aconselhadas. Há estratégias para garantir qualidade de vida nessas condições e evitar complicações e danos à saúde.

Nesse sentido, seria apropriado fornecer apoio de psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, numa abordagem interdisciplinar e multiprofissional, para as mulheres poderem gerir e lidar melhor com as mudanças emocionais e sexuais causadas pela IU.

Fornecer às mulheres informações dos sintomas de IU seria também muito importante para que soubessem adequadamente como a doença se apresenta e adotassem os tratamentos indicados. Cursos de formação de profissionais com esse viés já existem, por meio de residências multiprofissionais em saúde nas universidades públicas, principalmente em parceria com as redes da saúde, faltam chegar os resultados dessas formações às unidades de saúde públicas e privadas.

Categoria 2 - Variados motivos levam a esta doença: a percepção das mulheres sobre as causas da IU

As participantes do estudo relataram sua percepção de que a IU tem causas variadas. Entre estas, citaram: a gravidez e parto, o avançar da idade, os traumas ocorridos na infância e os tratamentos de saúde a que tinham sido submetidas. Essa percepção vai ao encontro do que pesquisadores, entre eles Amaro et al. (2008), já evidenciaram, que o envelhecimento e o número de gravidezes são identificados como fatores que podem ser correlacionados à causa da IU.

A gravidez e o parto foram referidos como dois fatores mais importantes, que segundo elas, geravam o surgimento da IU. No entanto, esses fatores, para essas mulheres, seriam uma situação natural pela qual todas as mulheres que engravidaram e, sobretudo, as que tiveram partos vaginais são acometidas.

É documentada pela literatura uma associação entre IU e parto. Em um estudo que investigou a prevalência da IU, Amaro et al. (2008) observaram que o número de gestações era maior entre as mulheres com IU se comparadas às mulheres continentais. O parto vaginal também foi significativamente maior entre as mulheres incontinentes se comparadas às mulheres continentais. Oliveira et al. (2010) reiteraram essa ideia explicando que o trauma perineal, ocorrido por ocasião do parto vaginal, é um dos grandes responsáveis pela ocorrência da IU. Outro estudo que identificou a relação da IU com a gravidez foi o de Wesnes et al. (2009),

que concluíram que, entre as mulheres sem IU antes da gravidez, 31% delas estavam afetadas pela doença seis meses após o parto. O tipo mais comum de IU foi a de esforço.

Ressalta-se, no entanto, que, embora a gravidez e parto se apresentem, no consenso entre teóricos, como fatores que potencializam a causa da IU, há que se considerar que não são a gravidez em si e o parto os causadores diretos dessa doença, mas outros elementos em conjunto com eles, como o tipo de parto, o tamanho e peso do bebê, o não preparo prévio da musculatura perineal, que acabam favorecendo a ocorrência de IU.

Para as mulheres que participaram do estudo, é considerada “normal” a intensificação da perda de urina com o avanço da idade, uma situação inerente à condição da mulher, sobretudo daquela que teve muitos filhos, aumentando com o envelhecimento. Alguns pesquisadores também apontaram este como causa da ocorrência da IU (Marinho et al., 2006).

O fator idade, principalmente na mulher, tende também a ser considerado como causa de distúrbios urinários. O trato urinário inferior apresenta alterações relacionadas ao envelhecimento que ocorrem mesmo na ausência de doenças. A força de contração da musculatura detrusora, a capacidade vesical e a habilidade de adiar a micção aparentemente diminuem. Contrações involuntárias da musculatura vesical e o volume residual pós-miccional aumentam com a idade em ambos os sexos. Entretanto a pressão máxima de fechamento uretral e as células da musculatura estriada alteram-se predominantemente nas mulheres (Marinho et al. 2006; Lorezentti al., 2009).

Além disso, segundo Marinho et al. (2006), com o envelhecimento, ocorre diminuição de fibras colágenas, uma substituição de tecido muscular por tecido adiposo e uma diminuição nos níveis de estrógeno, responsável pela coaptação da uretra. Assim, há que se considerar aqui também que essa causa poderá vir a ser retardada se houver o devido aconselhamento e acompanhamento da mulher no avançar da idade, por meio de orientações e medicação adequadas, mediante atenção de cada caso.

Entre as causas apresentadas pelas mulheres deste estudo, houve uma ocorrência da IU atribuída também a problemas psicológicos que surgiram na infância, época em que elas foram traumatizadas emocionalmente pelas próprias

mães quando foram reprimidas ao urinar nas vestes. Houve um caso em que, embora não apresentasse convicções a este respeito, a mulher também acreditava que a IU consistia em problema originado na infância que perdurou até a idade adulta. Esses dados reforçam a constatação de que muitas mulheres que sofrem de UI têm conhecimento vago sobre os sintomas da doença, o que impede que saibam reconhecer o que provocou ou causou a IU.

Suas narrativas também demonstraram que o surgimento da IU foi consequência das cirurgias a que tinham sido submetidas, como a curetagem, a histerectomia ou a sondagem vesical. Essas narrativas das mulheres participantes desta pesquisa se assemelham às apresentadas nos estudos de Brown et al. (2000), em que se verificaram chances de 60% como causa de IU a histerectomia.

Categoria 3 - Uma doença estigmatizante: significados negativos atribuídos à IU

Dentre os significados atribuídos à IU, destacou-se o fato de esta ser considerada uma doença muito estigmatizante. Os atributos do estigma estavam relacionados aos desconfortos e aos constrangimentos provocados pela doença. Além disso, ser portadora de IU lhes causava a sensação de que não eram pessoas normais. Outras pesquisas relatam que vergonha era a preocupação central para as mulheres afetadas pela IU (Porrett et al., 2008; Norton et al., 1988).

Percebeu-se que o desconhecimento acerca da IU por parte das mulheres que a sofrem desencadeia não somente a busca de tratamento mais tardiamente e a sua naturalização, mas também uma série de problemas, sobretudo de cunho psicológico, que as levam a desenvolverem sentimentos negativos diversos, que afetam consideravelmente sua vida cotidianamente.

Para essas mulheres, o sentimento de perda provocado pela IU se apresenta por, entre outros sentimentos, perda da vida social, interferência na vida sexual, restrições que se impõem a uma diversidade de atividades, como correr, pular, realizar exercícios e até rir, gerando-lhes estado de depressão, desesperança, diminuição da autoimagem. Sentem como se perdessem a liberdade de viver plenamente.

Essa realidade também foi encontrada em outras pesquisas, tais como a Gjerde et al. (2013), que demonstraram que, entre as consequências da IU, está o

isolamento de muitas mulheres. De acordo com estes pesquisadores, a vida das mulheres e os papéis sociais são intimamente afetados. Constataram ainda que apenas algumas mulheres relataram a outrem o fato de que sofriam com IU.

Esses resultados indicam a necessidade de se prestar especial atenção para o estigma que as mulheres com IU estão enfrentando. Esse estigma está associado a resultados de piora na saúde dessas mulheres, associado com o estresse, o que torna um fator de risco a mais, pois compromete a capacidade delas de lidar com outros sintomas associados à IU. Em consequência dos estigmas associados à doença, a IU foi vivenciada de forma solitária pelas mulheres, pois tinham vergonha de se expor como pessoa que sofre desse problema. Além disso, compartilhar a situação com outras pessoas significava tornar pública a condição vivida.

As mulheres preferem não falar sobre seu problema urinário por experimentarem vulnerabilidade emocional, já que passam a vivenciar diversos sentimentos como medo, vergonha, constrangimento e humilhação na presença das pessoas quando colocadas em situações constrangedoras de perda de urina em espaços públicos. Expor a perda urinária é tão complexo e constrangedor que se torna um tabu. Algo proibido. Em decorrência disso, o isolamento lhes parece uma opção mais fácil (HIGA et al., 2008), embora particularmente desejem ser compreendidas por seus maridos e queiram sua solidariedade para acompanhá-las em sua busca de tratamentos (Welch et al., 2011).

Em outros termos, sofrem apreensões e tensões diárias em relação à perda de urina constante. Com isso, o receio do estigma social as afeta psicologicamente, e isso se dá também pelo desconhecimento do próprio corpo e da existência de tratamento e controle da IU (Delarmelindo et al., 2013; Hägglund e Ahlstrom 2007; Hägglund e Wadensten 2007; Gjerde et al., 2013).

Os achados de Borba et al. (2003) ratificam esses sentimentos das mulheres com IU quando apontam que a vergonha está relacionada à moralidade, na qual o envergonhado estabelece uma relação entre o juízo próprio e o juízo alheio. O problema essencial do sentimento de vergonha é o juízo alheio, desencadeado pela opinião de outrem e que, portanto, pertence ao domínio público, exercendo um controle externo.

Categoria 4 - Uma doença que causa reflexos negativos na vida cotidiana: consequências sobre a vida social e a saúde

A IU é considerada como uma doença que provoca muitos reflexos negativos na vida das mulheres. Tais reflexos são sentidos em várias dimensões da vida dessas mulheres. Com o intuito de evitar a ocorrência de situações negativas em suas vidas, muitas mulheres impõem para si mesmas várias restrições, na tentativa de evitar a perda involuntária de urina.

Assim sendo, práticas cotidianas, como tossir, dar risadas ou assoar o nariz, passaram a ser monitoradas e evitadas pelas participantes, pois provocam perdas involuntárias de urina. Na visão das participantes deste estudo, a problemática gerada pela IU forçou a busca de estratégias, que se apresentavam fundamentalmente como proteção de sua imagem e de sua vida social, para não serem “descobertas” como incontinentes.

Portanto, as estratégias utilizadas pelas participantes no enfrentamento dos problemas relacionados às experiências dos sintomas da IU, na realidade, não se colocavam como estratégias que minimizassem os sintomas, mas sim formas de se protegerem frente à vulnerabilidade a que se expunham diariamente.

Quanto às interferências da IU sobre a vida social, foram destacadas as restrições autoimpostas no desenvolvimento de atividades sociais. Sobretudo, aquelas que demandavam esforços físicos, como dançar, fazer exercícios como em caminhadas e nas academias de ginástica, eram evitadas para não sofrerem a exposição de sua condição enquanto pessoa portadora de IU, o que lhes causava vergonha e constrangimento.

O estudo de Porrett e Cox (2008) também atesta que, em geral, as mulheres com IU criam seu próprio conjunto de comportamentos para lidar com a condição vivida e também adotam várias estratégias para gerenciar, processar, tratar e melhorar o seu estado de saúde. É um processo dinâmico e ativo com aspectos da aprendizagem e de tentativa de acerto e erro, em resposta a limitações impostas.

Em linha semelhante, outro estudo ratifica que estratégias de gestão podem ser tomadas para adquirir familiaridade com a situação, minimizar o problema e recuperar o controle sobre a doença. Estratégias como o uso de fraldas/absorventes/forros são muitas vezes vistas como uma barreira psicológica à

interação social e não minimizam o problema, apenas buscam esconder de outras pessoas a incontinência (Hayder e Schnepp, 2010).

Até mesmo o tipo de vestuário causou preocupações e a adoção de medidas tomadas pelas participantes para evitar a exposição pública dos sinais e sintomas da IU. A partir dessa compreensão, verificou-se que a percepção da possibilidade de autocuidado da saúde pelas mulheres participantes somente se apresentou com as ações de pesquisas, quando tomaram conhecimento de que poderiam desenvolver outros tipos de estratégias, que não fossem somente de mimetizar ou esconder a IU dos outros, mas meios que potencializassem a melhoria e diminuição dos sintomas da IU.

Assim, a questão que se levantava era: é possível conviver com a IU e ter um mínimo de qualidade de vida? A resposta encontrada foi de que há diversas estratégias para gerenciar, lidar, tratar e melhorar a saúde das mulheres com IU.

Nos achados deste estudo, verificou-se que o enfrentamento da IU deve perpassar pelo conhecimento da patologia pelas mulheres, assim como pelo conhecimento do próprio corpo, pela aceitação e maior compreensão da doença e pela adoção de atitudes de atenção para com o autocuidado. Esta prática envolve diversas ações como compartilhar problema com pessoas de sua confiança, familiar ou profissional de saúde, além de outras ações como o empoderamento e atitude frente à busca de tratamento e a realização de terapias e medidas paliativas para a melhoria do estado de saúde no que diz respeito à IU.

Não se pode também perder de vista que a identificação exaustiva das condições associadas à IU, que envolvem as mulheres, são necessárias para orientar prestadores de cuidados de saúde na adoção de medidas de proteção da saúde, melhoria do estado de saúde e diagnóstico precoce da UI. Tais medidas assumem papéis influentes na prevenção e tratamento da UI (Ozkan et al., 2011).

Nessa direção, outro elemento que teria um grande impacto seria a educação em saúde em que o profissional de saúde seria um grande promotor de esclarecimento e indutor do autoconhecimento. A importância da educação em saúde tem sido uma ferramenta eficaz de intervenção em diversas áreas. Programas educacionais para informar as mulheres sobre IU seriam em potencial um grande auxílio às mulheres que convivem com a doença. Esses programas podem aumentar a agência de autocuidado das mulheres para gerir a IU de diversas

maneiras. Informações sobre a IU e seus tipos, sobre tratamentos de modo detalhado, com a adoção de linguagem de fácil entendimento, são exemplos de medidas que podem fomentar as discussões com as mulheres acometidas pela IU.

Ressalta-se ainda que os programas de educação podem permitir às mulheres obter informações de que necessitam sem precisar pedi-las diretamente para outras pessoas, oferecendo-lhes alternativa de se autocuidar de modo mais autônomo. Um programa de educação pública também pode estimular uma discussão aberta e participativa sobre o tema. Estas são oportunidades importantes para compartilhar os problemas derivados da IU com amigos e membros da família.

A sensação de se sentir afetada emocionalmente em consequência dos sinais e sintomas da IU foi referida por muitas mulheres. Também associaram a ocorrência da perda involuntária de urina com as tensões sentidas, afirmaram que tais condições as afetavam emocionalmente. Nesse sentido, entende-se, a partir dos dados encontrados, a importância das reuniões ocorridas durante as ações de pesquisa para que não só compartilhassem suas dúvidas e vivência com a IU, mas também aprendessem e dividissem estratégias de enfrentamento da IU.

Confirmando esses achados, a literatura demonstrou a importância do processo de compartilhar experiências, quando se verificam em estudos que os profissionais de saúde devem considerar que as mulheres que revelaram seus sintomas geralmente contavam com uma pessoa que as apoiou (Gjerde et al., 2013). Em geral, as mulheres com IU têm preferido discutir o seu problema quando o profissional de saúde aborda o assunto. Este é um forte argumento para sugerir que os profissionais de saúde usem outras oportunidades para facilitar tais conversas (Horrocks et al., 2004).

Assim, médicos e outros profissionais da área devem incentivar discussões sobre problemas subnotificados, pois as mulheres podem precisar da insistência deles antes de serem capazes de discutir confortavelmente. Nesse sentido, amparado-se na ideias de Hines et al (2007), compreende-se que a organização de reuniões, com grupos de mulheres portadoras de IU, em Unidades Básicas de Saúde, podem se tornar um espaço em que as essas mulheres serão indicadas para os profissionais de saúde e locais especializados em tratamento da IU.

Conforme já dito anteriormente, as práticas de autocuidado ativo podem ser promovidas através da melhoria da consciência sobre IU e do próprio corpo. Nesse

processo, o papel dos prestadores de cuidados de saúde é fundamental para impulsionar os debates com as mulheres acometidas pela IU, dando-lhes a oportunidade de participar ativamente de estratégias de autocuidado de modo autônomo. Esses autocuidados podem ser fornecidos com o conhecimento e habilidades para se fortalecer e melhorar o estado de saúde dessas mulheres.

Entre as práticas de autocuidado que se apresentaram no decorrer das ações de pesquisa neste estudo, experimentadas, bem consideradas e aceitas pelas participantes, estão principalmente o uso do diário miccional e a cinesioterapia por meio dos cones vaginais, que lhes proporcionaram a consciência perineal e a reeducação miccional.

O primeiro as ajudou no automonitoramento das micções, estabelecendo conhecimento e controle consciente do próprio corpo, utilizando estratégias como anotação fiel do quantitativo de líquido ingerido, da hora em que era ingerido, do tempo que permaneciam sem urinar, do tempo que podiam aguardar para esvaziar a bexiga, desviando-se a atenção dos sintomas miccionais.

Os exercícios cinesioterápicos com os cones vaginais foram fundamentais para o conhecimento e a consciência do assoalho pélvico, promovendo o aprendizado da contração dos músculos que auxiliam na continência urinária. Nessa direção, impõe-se aos profissionais de saúde proporcionar oportunidades para mulheres com IU para compartilhar suas experiências em relação à doença. Também se colocam como necessários tratamentos adequados de acordo com a condição física feminina associada com as suas preferências pessoais.

Tal como experimentado neste estudo, o benefício do treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP) se apresentou bastante promissor. O apoio interpessoal também se colocou como um potencializador do aumento da eficácia da redução da perda de urina, assim como encontrado em outro estudo (Tsai et al., 2009).

Consequências da IU sobre a esfera física também foram relatadas, como, por exemplo, os distúrbios intestinais consequentes das restrições na ingestão hídrica, que era adotada para evitar a ocorrência da perda de urina. Na percepção das mulheres, a IU se trata de uma doença que gera outros distúrbios em sua saúde.

Sabe-se que a constipação intestinal piora o quadro de incontinência urinária, portanto, modificações dos hábitos dietéticos, prática de atividade física, massagens

abdominais e ingestão hídrica devem ser recomendados, o que melhora bastante a qualidade de vida da portadora de IU (Moreno, 2009).

Consideradas estratégias de proteção para as mulheres com IU, essas ações se inserem no que Hayder e Schnepf (2010) explicam, que, ao adotarem várias estratégias para gerenciar, processar, tratar e melhorar o seu estado de saúde, as mulheres, dentro de um processo dinâmico e ativo, impõem-se a muita aprendizagem de tentativas de acertos e erros. No entanto, em geral, as mulheres com IU criam seu próprio conjunto de práticas para lidar com a condição (Porrett e Cox, 2008).

As atividades laborais também foram afetadas negativamente como consequência da IU, segundo narrativas das mulheres desta pesquisa, semelhantemente ao que apontam estudos de Chalila e Stantion (1999), em que se verificou que a frequência urinária e o senso de urgência sobre a micção afetaram as relações pessoais, interpessoais e sociais das mulheres pesquisadas. As mulheres mais jovens eram mais propensas a ser atingidas por essas condições, que lhes causam grandes tensões. Este aumento do grau de estresse é também devido a problemas relacionados com a vida laboral. Muitas vezes, isso se dá por causa do estilo de vida que levam na correria diária (Margalith et al., 2004).

Categoria 5 - Sexualidade e vida sexual afetadas: consequências da IU na vida íntima

A vivência da sexualidade e a vida sexual foram afetadas em consequência da IU. Os principais transtornos sofridos na esfera íntima foram a sensação de medo e vergonha do surgimento dos sinais e sintomas da IU no decorrer das relações sexuais. As mulheres perceberam também que os sinais e sintomas da IU que surgiam durante as relações sexuais provocavam insatisfação em seus parceiros.

Entre outras dificuldades enfrentadas pelas mulheres participantes da pesquisa, estava a queixa da perda do interesse sexual por uma série de fatores, como constrangimento do parceiro pela perda de urina no ato sexual, humilhação causada pelas atitudes rudes de alguns que as consideravam “alargadas/folgadas/frouxas”, por vezes ainda pelo incômodo ou dor apresentados na hora do ato sexual, no toque do pênis na bexiga (baixa).

Ressaltaram ainda a apreensão da perda de urina, sempre iminente, e a tensão da manifestação dos sintomas da IU durante as práticas sexuais, causando a insatisfação e impaciência do parceiro, quando pediam para interromper o coito, seja pela dor ou por necessidade de esvaziar a bexiga. Todo esse conjunto de situações as faz desenvolver o sentimento de autculpa.

Consequentemente, as mulheres tendiam a evitar o ato sexual, afetando sua vida afetiva, emocional e consequentemente a qualidade de vida como um todo. Isso é muito agravado pela falta de diálogo apontado pelas participantes em relação aos seus parceiros. Entre as mulheres que participaram deste estudo, apenas um quarto delas conseguia falar do seu problema de IU com o companheiro. As demais, ou seja, a maior parte, nunca conversaram a este respeito com o companheiro, seja por vergonha ou por medo de suas reações.

Havia entre as participantes deste estudo mulheres que se separaram ou perderam seus companheiros. Atualmente sozinhas, optaram por não mais pensar em ter um relacionamento ou companheiro estável por causa da IU, como as participantes Flora e Minerva. Estas, após perderem seus companheiros, fecharam-se para vida amorosa.

Nesse sentido, destaca-se o estudo feito por Akyus et al. (2013), que demonstram em suas pesquisas o papel relevante da comunicação entre os cônjuges, na manutenção de um relacionamento positivo e saudável na relação conjugal, já que a função sexual é afetada pelo estado psicológico do indivíduo.

Ainda neste estudo, também se atestou que menos da metade das mulheres com IU relatou compartilhar esse problema com seu cônjuge. Este dado indica a importância de o profissional de saúde fornecer sugestões, discutindo preocupações sobre a dor, função sexual, desejo como o parceiro sexual e identificação aceitável de práticas sexuais e algumas formas alternativas para a satisfação sexual. Quando um problema sexual está sendo avaliado pela equipe de saúde, as respostas do cônjuge, opiniões e qualquer apoio que ele pode proporcionar à sua parceira sobre o tema devem ser considerados e ser tratados com bastante atenção e cuidado.

A sexualidade é um elemento integral da saúde das mulheres e as formas como estas veem a sua sexualidade estão intimamente ligadas ao seu grau de autoestima. Consoante a esses achados, outros estudos evidenciaram que medo e vergonha diante da possibilidade de perder urina durante a relação sexual

aumentam a insatisfação sexual, e a função sexual de mulheres com IU fica prejudicada quando elas já não podiam se concentrar e desfrutar do sexo devido ao medo da perda de urina (Akyuz et al., 2013).

Investigadores que centraram seus estudos sobre as relações entre sexualidade e IU ratificaram esse tema, como Huang et al. (2006). A perda de urina durante a relação sexual se apresenta como fator significativo na redução da qualidade de vida, interfere no funcionamento sexual e gera impacto negativo na vida dessas mulheres, particularmente na dimensão psicológica. As mulheres se sentem inibidas durante as relações sexuais com o seu parceiro, evitando-os e consequentemente perdendo o interesse pelo sexo.

Assim, seria de suma importância que os profissionais da saúde levassem em conta os resultados das investigações que demonstram a influência da história psicosssexual feminina para a adoção de estratégias que possam auxiliar na gestão da perda urinária durante o sexo. Isso se justifica ainda porque o desenvolvimento psicosssexual saudável, ao longo de todas as fases de desenvolvimento, tem contribuído para minimizar os problemas da vida sexual causados pela perda urinária durante o intercuro sexual (Huang et al., 2006).

Semelhantemente a essa abordagem, outros teóricos explicitam que as mulheres muitas vezes requerem aconselhamento sobre as alterações sexuais e emocionais causadas pela IU. Desse modo, a prestação de cuidados de saúde no contexto da sexualidade requer uma abordagem pessoal. Informação detalhada sobre as possíveis alterações sexuais e emocionais causadas pela IU pode ser favorecida ao longo das etapas de diagnóstico e continuidade dos cuidados. Essas ações se justificam ainda porque, quanto mais precoce houver a consciência das alterações causadas pela IU, mais cedo se pode mitigar o impacto emocional e sexual sofrido (Akyuz et al., 2013; Delarmelindo et al., 2013).

Apesar de as mulheres terem adotado medidas para evitar o surgimento dos sinais e sintomas da IU durante as relações sexuais, estes originavam conflitos entre o casal. Em algumas circunstâncias, as mulheres mantinham relações sexuais com seus parceiros em razão do temor que tinham de eles saírem em busca de outras mulheres para serem suas parceiras sexuais.

Em consonância com esses resultados, estudos realizados com mulheres com IU demonstraram que um número grande dessas mulheres não conseguia se

concentrar e aproveitar relações sexuais devido ao medo dos sintomas da IU, o que gera constrangimento frente ao cônjuge (Akyuz et al., 2013; Delarmelindo et al., 2013). Isso se apresenta com as mulheres participantes deste estudo que não conseguem sentir qualquer prazer, praticam o ato sexual por dever junto ao marido, como relataram “*Juno, Afrodite e Atena*”. Em face dessa realidade, essas mulheres deixam de ter o orgasmo e interesse pelo sexo, tendo por causa a IU.

Zerati et al. (2009) realizaram um estudo sobre as alterações no estilo de vida de pessoas com IU que apresenta semelhanças com os dados desta pesquisa. Segundo esses autores, os sintomas urinários provocam uma condição debilitante, seja na esfera física ou psicológica, e cerca de metade das mulheres do referido estudo relata alguma limitação de estilo de vida, tais como evitar transporte público, evitar sair de casa, ou evitar intercurso sexual por receio de apresentar perdas urinárias.

Categoria 6 - Desconhecida das mulheres e desconsiderada pelos profissionais: motivos da busca tardia pelo tratamento da IU (Tratamento e Prevenção)

As mulheres demoraram a perceber que estavam de fato doentes, por terem considerado, durante muito tempo, que a perda involuntária da urina seria uma ocorrência normal na vida de uma mulher, sobretudo para as mulheres que já tinham tido filhos.

Consequentemente acabaram demorando muito para procurar assistência de um profissional da saúde especializado. Os motivos que contribuíram com essa demora foram considerar que toda mulher um dia seria afetada pela IU, desconhecer os tratamentos disponíveis para IU e a falta de informações sobre medidas preventivas da ocorrência da doença.

Considerando que a falta de informação das mulheres sobre tratamentos da IU é uma das causas do seu agravamento, e considerando que os níveis bastante diferentes de acesso à informação e ao cuidado nos países em desenvolvimento podem ser resultantes das desigualdades entre os grupos sociais, o tratamento das mulheres que vivem em ambientes de baixa renda pode ser potencializado se for realizado um levantamento prévio sobre a perspectiva antropológica da saúde. Esse levantamento deve levar em conta particularmente os contextos históricos e culturais, as percepções, experiências e ações relacionadas a quaisquer sintomas

de sofrimento, pois estes são dependentes de compreensões compartilhadas de significados atribuídos a esses contextos (Gjerd et al., 2013).

Sabe-se que a IU provoca diversas alterações na vida das mulheres, afetando-as psicológica, social, sexual e afetivamente. Entretanto, o conhecimento escasso a respeito desta doença e, sobretudo, das possibilidades terapêuticas, associado ao constrangimento que a IU causa (Elstad et al., 2010), geram a busca tardia de ajuda e tratamento.

Nos resultados do estudo aqui realizado, as mulheres buscaram tratamento após anos de sofrimento, entre as 22 que participaram das ações de pesquisa, todas as mulheres sofrem há pelo menos três anos. Três convivem com a IU há mais 20 anos e duas delas já realizaram três procedimentos cirúrgicos. Uma, que sofre há mais 25 anos com a patologia, apresenta inclusive prolapso.

A demora para tratar a doença foi motivada pela falta de conhecimento das mulheres em relação aos tratamentos disponíveis. Consequentemente, muitas mulheres só foram em busca de um diagnóstico médico e de um tratamento quando a sua situação clínica já se encontrava muito deteriorada. Algumas mulheres nunca tinham procurado ajuda em qualquer lugar, e sua atitude derivada de suas crenças em relação IU como sendo uma condição sem a cura (Gjerde et al., 2013).

Outro problema que contribuiu para a demora da procura por assistência médica é a dificuldade para conseguir informações sobre a doença e a falta de abordagem do problema por parte dos profissionais de saúde. A falta de programas de orientação sobre IU também foi relatada como motivo da demora da busca por tratamento.

Conforme já explicitado neste estudo, quanto mais informadas e instrumentalizadas as mulheres estiverem a respeito não só da IU, mas também das formas de tratamento, mas chances e oportunidades têm de enfrentar a IU com mais qualidade de vida. É neste sentido que a educação em saúde é muito benéfica na assistência à IU, pois traz em sua base estratégias preventivas, que podem ocorrer por meio de orientações aos grupos com base na etiologia da doença e orientação para grupos específicos em situação de risco. Por meio da participação nestes grupos, as mulheres podem aprender a explorar e conhecer a linguagem do seu corpo e falar abertamente sobre dúvidas e incertezas. Atenção também deve ser

dada ao parceiro e às relações sociais de mulheres com IU, uma vez que estes podem ter um grande impacto na qualidade de vida delas.

Entre as mulheres participantes desta pesquisa que conheciam os tratamentos da IU, apenas duas tinham experimentado o fortalecimento do assoalho pélvico, após já terem realizado procedimento cirúrgico e ter experimentado a recidiva da perda de urina, e, por esse motivo, buscaram a fisioterapia. E embora tenham dado depoimentos positivos em relação a este tratamento, este havia sido abandonado em consequência dos custos das sessões e do tempo que precisariam dispor em consultórios de fisioterapeutas.

Entre as participantes, quase todas conheciam apenas a cirurgia como meio de tratar a IU. No entanto, grande parte das mulheres participantes deste estudo que já haviam realizado algum tipo de intervenção cirúrgica relataram que os sintomas de perda haviam sido minimizados, mas que voltaram a sentir a perda novamente. Essas recidivas ocorrem devido a alguns fatores, como as alterações vaginais ligadas à hipopiestrogenia, distensão da porção suburetral e do fornix posterior, alterações fibróticas resultantes de procedimentos repetidos e do comprometimento da aderência de natureza colágena entre a vagina e o músculo pubococcígeo.

A resistência tecidual da vagina diminui naturalmente durante o envelhecimento e a excisão e estiramentos cirúrgicos corroboram ainda mais para a sua deterioração funcional (Ricetto e Petros, 2009). Ramos et al. (2000), ao compararem a recidiva de três técnicas de cirurgias para tratamento da IU, apontaram recidiva de todas as técnicas, com variação de 29,2 a 50%.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A motivação que culminou neste estudo inegavelmente veio da trajetória profissional vivenciada como professor de disciplinas da área da saúde, com viés da educação preventiva como promotora da saúde coletiva. Nesse sentido, o objetivo principal foi elaborar um material educativo, mediante estratégia participativa de mulheres que vivenciam a experiência da IU, para funcionar como auxiliar no processo de educação em saúde.

A construção desse material se amparou na PA, por meio de atividades e ações por GFs, entrevistas e oficinas, que possibilitaram a colaboração direta das mulheres participantes do estudo.

No percurso desta pesquisa, foram ratificados resultados de estudos sobre a IU realizados em outros contextos, que têm apontado que, apesar de se tratar de uma patologia relevante, está silenciada nas proposições de políticas públicas. Tal silenciamento repercute diretamente na realidade diária de mulheres que sofrem com a IU, pela falta de acesso à avaliação e tratamento em tempo necessário para evitar o agravo que gera a perda perene da urina e por vezes o prolapso.

Nesta pesquisa, as deficiências no modo como a IU é tratada por parte do sistema de saúde geram perdas irreparáveis às mulheres. O impacto negativo as afeta pessoal, social e profissionalmente, com grande agravo também à vida sexual e afetiva. Tais deficiências têm impedido um trabalho de prevenção da doença e conseqüentemente a promoção da saúde das mulheres com IU.

Entre as deficiências reconhecidas pelas mulheres participantes da pesquisa, estão a falta de interação dos profissionais com os usuários, muitas falhas na infraestrutura assistencial e no atendimento digno, o qual é sempre negligenciado, mediante nenhuma escuta ativa ou atenção humanizada.

Tais lacunas impõem a necessidade de ações que venham a fomentar a formação profissional qualificada, mediante formação contínua, além de relacionamento interpessoal estabelecido pelos profissionais, que respondam à realidade de atendimento da pessoa humana, com um mínimo de dignidade. Isso, no entanto, impõe a garantia de uma infraestrutura de atendimento minimamente adequada para que os profissionais de saúde possam oferecer a assistência de qualidade que se almeja.

Para esse quadro de necessidades se impõem, além de acompanhamento da assistência oferecida aos usuários, auditorias e vigilância por órgãos fiscalizadores acerca das condições dadas aos profissionais, na realidade das unidades de assistência à saúde pública e privada.

Infere-se que, com a alteração dessa realidade, as necessidades das mulheres de, entre outras, “conhecer as causas e formas de tratamento e ou prevenção”; “discutir sobre onde e com quem buscar ajuda”; discutir quais os sentidos/significados de ser incontinentes”; sobre “como a IU afeta suas vidas, ou seja, falar das vivências com a IU”; “discutir sobre as formas e como partilhar com alguém a patologia”, possam ser atendidas, e a IU venha a ser considerada como realmente se apresenta, uma patologia que aflige milhares de pessoas, em especial as mulheres. Portanto precisa ser considerada pelas redes de saúde como um problema de saúde importante e que requer prevenção e tratamento a tempo, a fim de que não gere os agravos como os demonstrados nesta pesquisa.

Embora haja uma política pública voltada à saúde da mulher, ela é muito fragilizada, tal como todas as demais áreas, por uma série de fatores, mas o tempo e o espaço não permitem discuti-los aqui em suas minúcias. É bastante evidente que não há efetividade das políticas públicas da saúde voltadas à mulher, conforme relato das participantes deste estudo.

Segundo narrativas de todas as mulheres envolvidas nesta pesquisa, mesmo as patologias consideradas com alto índice de mortalidade, como câncer de mama e útero, são negligenciadas, e a IU não é jamais considerada de forma preventiva pelas unidades de saúde.

Às mulheres resta a falta de informações a respeito da IU, e a assistência somente é conseguida após o agravo da patologia. Mesmo assim, seguem por anos à espera de uma cirurgia de levantamento de bexiga em uma fila que perdura, em média, mais de dois anos. Como é possível constatar, a IU é uma patologia que poderia ser tratada por meio de prevenção, mas é negligenciada pela falta da atenção devida. Assim, tendo em vista o papel da universidade como promotora de conhecimento que dê respostas às necessidades da sociedade, entende-se haver possibilidades de algumas ações que podem alterar essa realidade. Para isso, toma como ponto de partida o tripé: ensino, pesquisa e extensão.

Vislumbrou-se para o ensino de graduação da área da saúde uma formação interdisciplinar, a exemplo, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos. Isso poderá ser feito a partir da construção de um currículo mais abrangente em que haja a centralização na pessoa humana em toda sua integralidade com foco mais preventivo e menos curativo, tal como recomendam as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014).

Aliando o ensino de graduação à extensão, o papel da universidade tem sua ação na formação continuada dos profissionais, que já se encontram no mercado de trabalho com a mesma perspectiva da interdisciplinaridade. Além disso, a universidade poderá atuar diretamente nas unidades de saúde em parceria com esses profissionais, abrindo a relação para a pesquisa e consequentemente para a pós-graduação, que não podem perder de vista essa dimensão da formação interdisciplinar e mais humanizada. Nessa direção, é cristalina a importância da construção de espaços de educação em saúde desde a graduação. E a formação continuada aos profissionais em serviço jamais poderá deixar de ser considerada.

Sabe-se que, como política pública, as formações contínuas já são garantidas, mas falta mais efetividade e melhor acompanhamento dos resultados dessas formações nas redes de saúde no atendimento das pessoas. Isso foi demonstrado no decorrer das ações da PA. Os depoimentos e as narrativas das participantes atestam uma rede de saúde com profissionais pouco atualizados na perspectiva que hoje se apresenta em defesa da política do Sistema Único de Saúde (SUS) e das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Saúde (DCNs).

Nas DCNs para a formação médica, verifica-se que, no Art. 3º, o perfil do egresso, que é um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde/doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência. Além disso, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. O Art. 12 (Alínea VI) dispõe que devem ser utilizados “diferentes cenários de ensino/aprendizagem, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipes multiprofissionais”.

Em face das trocas de vivências e compartilhamentos das formas de lidar com a IU, presenciadas no decorrer das sessões dos GFs e das oficinas educativas entre as mulheres, sugere-se que sejam desenvolvidas atividades de educação em saúde nas unidades das redes pública e privada. Para isso, entende-se que urge profissionais qualificados, que possam agir na abordagem das pessoas considerando uma escuta ativa e atenta acerca de suas vivências e necessidades.

Cabe ressaltar ainda que as discussões e reflexões, quando feitas coletivamente, favorecem resultados que promovem cuidados e autocuidados em relação à saúde dos sujeitos de forma mais autônoma, dando-lhes o empoderamento e o compromisso de cuidar-se na busca de estratégias que possibilitam promover a saúde.

Em síntese, nesse contexto, impõe-se superar essa realidade por uma gestão da saúde que leve em conta a melhoria da infraestrutura das unidades de saúde, a formação inicial e continuada dos profissionais e a organização do trabalho em saúde numa perspectiva interdisciplinar, integralizadora e mais humanizada.

Por fim, julgamos que esta pesquisa poderá, além de abrir caminhos para outros estudos que se voltem à saúde da mulher, contribuir com dados sobre a realidade da IU no Estado do Amapá e no Brasil. Para isso o papel das mídias que tratam da divulgação científica será fundamental.

7.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Realizar pesquisa que depende do recrutamento de participantes já representa um elemento limitador. Esta condição exige não só um enorme poder de convencimento dos potenciais participantes, mas requer também grandes esforços no sentido de mantê-los motivados a permanecer no percurso da pesquisa durante uma longa caminhada que deve ser feita em conjunto com os demais participantes.

Pesquisas como a PA exigem que seus participantes deixem seus lares e afazeres para participar efetivamente de todo o processo investigativo. Para mitigar esse viés limitador, buscou-se promover o entendimento das mulheres de que são importantes e que tinham muito a contribuir. Aliado a isso, dispenderam-se grandes esforços no sentido de manter o interesse das participantes e evitar o abandono. Isso foi feito mediante a dinamização constante de todas as fases da PA.

Outro limitador percebido foi o número de vezes em que as mulheres precisaram se disponibilizar para a pesquisa, considerando reuniões de GFs, oficinas, entrevistas, leitura e avaliação do material educativo. Este foi um fator que contribuiu para as ausências de algumas delas, gerando a necessidade de serem feitas algumas retomadas mais longas entre um encontro e outro, para situar e contextualizar uma ou outra que havia faltado.

Destaca-se ainda que o pesquisador que se dedica a realizar um estudo desta natureza deve se lembrar de que seu processo envolve contato direto com as pessoas. Portanto, precisa ter sensibilidade, disposição e abertura para a escuta, além de flexibilidade no planejamento da pesquisa quanto aos temas de interesse e necessidades das participantes. Assim, impõe-se a ele ter o cuidado para não se desviar do foco de estudo.

Pode-se apontar como outro limitador o fato de se ter trabalhado com um grupo grande de mulheres, o que exigiu o cuidado diário no fortalecimento da autonomia de cada uma delas e garantia da participação equânime de todas. Este aspecto exigiu um trabalho constante de mediação, de forma atenta e com sensibilidade capaz de proporcionar equilíbrio às ações de interação entre as participantes. Destarte, todos os cuidados foram tomados no sentido de evitar a monopolização da sessão por algumas participantes e propiciar oportunidades de expressão para todas, sobretudo as mulheres que aparentavam ser mais tímidas.

Avaliou-se que tais cuidados foram suficientes para que todas as mulheres tenham se sentido valorizadas e expressado seus anseios, necessidades e os próprios pontos de vista em relação aos temas focalizados.

7.2 RECOMENDAÇÕES PARA NOVOS ESTUDOS

Esta pesquisa, realizada na cidade de Macapá, explorou um tema que requer estudos em outros contextos socioeconômicos e geográficos, para que seja possível consolidar um mapeamento sobre a vivência das mulheres brasileiras acometidas pela IU. Induz a necessidade de estudos desta doença no território brasileiro, tendo em vista a inexistência de dados relativos a muitas regiões do Brasil.

Os dados disponíveis dizem respeito a mulheres atendidas em centros de pesquisa, localizados nos eixos Sul e Sudeste. Assim sendo, permanecem muitas

lacunas relativas aos dados das mulheres residentes nas regiões Norte e Nordeste deste país.

A título de sugestão de um estudo nessas perspectivas, seria a verificação da aplicabilidade do material educativo, aqui proposto nesta tese, em situações de educação em saúde em unidades de saúde de atendimento à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Abrams P, Artibani W, Cardozo L, Dmochowski R, Van Kerrebroeck P, Sand P. International Continence Society. Reviewing the ICS 2002 terminology report: the ongoing debate. *Neurourology and Urodynamics*. United Kingdom. 2009; 28(4):287.

Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society *urology* 61: 37-49, 2003 • 0090-4295/03/\$30.00 doi:10.1016/s0090-4295(02)02243-4 37

Akyus A, Kolk G, Kilic A GG. In Her Own Words: Living with Urinary Incontinence in Sexual Life. *Sex Disabil* [Internet]. 2013 Nov 7 [cited 2014 Aug 18];32(1):23-33. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11195-013-9325-5>

Almeida GL, Westphal S. Bexiga Hiperativa: Tratamento multimodal. IN: Palma PCR. Urofisioterapia aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Campinas/SP PERSONAL LINK Comunicações Ltda. 2009.

AMAPÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Amapá. Hospital da Mulher Mãe Luzia. Serviço de arquivo médico e estatística. Macapá: Secretaria de Estado da Saúde do Amapá, 2010.

Amaro JL, Macharelli CA, Kawano PR, Padovani CR, Aragon F, Yamamoto HÁ et al. Incontinência urinária e fecal em mulheres. *Femina*. 2008; 36(8).

Associação Portuguesa de Urologia. Fraga A. Urologia em medicina familiar incontinência urinária. **Data:** (Tema 4) Dezembro, 2010. **Produção:** Associação Portuguesa de Urologia. www.apurologia.pt

Backes DS, Juliana SC, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*. 2011; 35(4):438-42.

Basmajian JV. Biofeedback in rehabilitation: a review of principles and practices. *Arch Phys Med Rehabil*. 1981; 62:469-75.

Belo J, Francisco E, Leite H, Catarino A. Reeducação do pavimento pélvico com cones de plevnik em mulheres com incontinência urinária. Serviço de ginecologia. Maternidade Bissaya-Barreto. Coimbra. *Acta Méd Port*. 2005; 18:117-22.

Berghman B. Novas perspectivas de fisioterapia do assoalho pélvico. IN: Palma PCR. Urofisioterapia aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Campinas/SP PERSONAL LINK Comunicações Ltda. 2009. p. 499-512.

Blanco NE, Bejar MP, Molina SL, Álvarez DV, Llorente PM. Efectividad de un ensayo clínico sobre cuidados enfermeros para la incontinencia en mujeres. Unidad de formación e investigación. Gerencia de atención primaria área 6. Majadahonda. Madrid. Actas Urol Esp. 2007; 31(5):493-501

Borba A MC, Lelis MAS, Brêtas ACP. The meaning of urinary incontinence and be incontinent-women opinion. Texto & Contexto-Enferm. 2003; 17(3):527-35.

Borges JBR, Guarisi T, Camargo ACM, Gollop TR, Machado RB, Borges PCG. Incontinência urinária após parto vaginal ou cesáreo. Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, São Paulo. 2010, n. 8, p.192-96.

Botelho F, Silva C, Cruz F. Incontinência urinária feminina. Serviço de Urologia do Hospital de S. João / Faculdade de Medicina do Porto. Acta Urológica. 2007; 24(1):79-82.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Bradway C. Women's narratives of long-term urinary incontinence. Urol Nurs. 2005; 25(5):337-44.

Bradway CW, Barg F. Developing a cultural model for long-term female urinary incontinence. Soc Sci Med. 2006; 63(12):3150-61.

Brown, Jeanette S., et al. "Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review." *The Lancet* 356.9229 (2000): 535-539.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 5(1):163-77.

Buss PM, Czeresnia D. "Uma introdução ao conceito de promoção da saúde." *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*2 (2003): 19-42.

Caldas CP, Renor I, Marinela R, Corrêa BM. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. Behavioral therapy for urinary incontinence of elderly woman: a nursing action. Texto context enferm. 2010; 19(4):783-8.

Capelini MVMA. Tratamento da incontinência urinária de esforço com biofeedback: análise objetiva e impacto sobre a qualidade de vida. Campinas, SP: [s.n.], 2004. Dissertação de mestrado.

Castro RA, Palhares DJ, Sartori MGF, Baracat EC, Girão MJBC. Tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço. 2006. Disponível em: www.uroginecologia.com.br/index/?q=node/21

Chaliha C, Stanton SL. The ethnic cultural and social aspects of incontinence – A pilot study. *Int Urogynecol J*. 1999; 10(3):166-70.

Chiesa AM, Westphal MF. A sistematização de oficinas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. *Saúde debate* 1995; 46:19-22.

Delarmelindo RCA, Parada CMGL, Rodrigues RAP, Bocchi SCM. Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(2):296-303.

Diretrizes para Educação em Saúde. Ministério da Saúde. Educação em Saúde – Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde/Divisão Nacional de Educação em Saúde, 1989.

Diretrizes para Educação em Saúde. Ministério da Saúde. Educação em Saúde – Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde/Divisão Nacional de Educação em Saúde, 2007.

Diretrizes Curriculares para o curso de Medicina: SEMINÁRIO DA ABMES: Uma Nova Agenda para os Cursos Brasília – DF, 4 de agosto de 2014.

Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(5):754-7.

Elstad EA, Taubenberger SP, Botelho EM, Tennstedt SL. Beyond incontinence: the stigma of other urinary symptoms. *J Adv Nurs*. 2010; 66(11):2460-70.

Felicíssimo MF, Carneiro MM, Souza ELBL, Alipio VG, Franco MRC, Silva RGO, et al. Fatores limitadores à reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em pacientes com incontinência urinária de esforço. *Acta Fisiatr* 2007; 14(4):233-6.

Fozzatti CM, Palma P, Mirian VH. Impacto da reeducação postural global no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(1):17-22. doi.org/10.1590/S0104-42302008000100015.

Freire P. Ação cultural para a libertação e outros escritos. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

Freire P. Conscientização. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.

Freire P. Pedagogia do oprimido. 17ª. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1983.

Freire P. Pedagogia do Oprimido. 45ª Edição. São Paulo: Paz e Terra; 2005.

Freire P. Shor I. Medo e ousadia – o cotidiano do professor. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

Fundação Getulio Vargas Tópico: IBRE 10/10/2008 Impacto: Cm/Col: Neutro 0 Gazeta Mercantil Online - SP Editoria: Pg: Nacional Online. <http://www.cps.fgv.br/ibrecps/iv/midia/kc1654.pdf>

Girald PC, Rett MT, Gabiatti JRE, Junior JE, Gonçalves AKS, Amaral RL. Repercussões da eletroestimulação intravaginal no ecossistema vaginal. IN: Palma PCR. Urofisioterapia aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Campinas/SP PERSONAL LINK Comunicações Ltda. 2009. p. 365 – 372.

Girão MJBC, Sartori MGF, Baracat EC. Tratamento clínico e cirúrgico da IU. In: Moreno AL. Fisioterapia em Urologinecologia. 2ª edição. São Paulo: Monole. Barueri-SP, 2009. p. 84-97.

Gjerde JL, Rortveit G, Muleta M, Blystad A. Silently waiting to heal: experiences among women living with urinary incontinence in northwest Ethiopia. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2013;24(6):953–8Jun [cited 2014 Aug 18]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23129246>

Hägglund D, Ahlström G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs*. 2007; 16:1946-54.

Hägglund D, Wadensten B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scand J Caring Sci*. 2007; 21(3):305-12.

Herrmann V, Benhur AP, Palma PCR, Zanettini CL, Marques A, Júnior NRN. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultra-sonográfica. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(4):401-5.

Hayder D, Schnepf W. Experiencing and managing urinary incontinence: a qualitative study. *West J Nurs Res*. 2010; 32(4):480-96.

Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2008.

Higa R, Rivorêdo CRSF, Campos LK, Lopes MHML. TER. Life experiences of brazilian women with urinary incontinence. *Texto Context Enferm*, Florianópolis [Internet]. 2010;19(4):627-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400004>

Hines SH, Sampsel CM, Ronis DL, Yeo S, Fredrickson BL, Boyd CJ. Women's self-care agency to manage urinary incontinence. The impact of nursing agency and body experience. *Adv Nurs Sci*. 2007; 30(2):175-88.

Horrocks S, Somerset M, Stoddart H, Peters TJ. What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services. *Fam Pract*. 2004; 21(6):689-96.

Huang AJ, Brown JS, Kanaya AM, Creasman JM, Ragins AI, Van Den Eeden SK, et al. Quality-of-life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older women. *Arch Intern Med*. 2006; 166(18):2000-6.

IBGE IBDGEE-. Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão [Internet]. 2010; O Art. 2º. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf>

Kang Y, Crogan NL. Social and cultural construction of urinary incontinence among Korean American Elderly Women. *Geriatr Nurs*. 2008; 29(2):105-11.

Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing & the human condition. New York: Basic Books, Inc; 1988.

Leavell HR, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.

Lefèvre F. Promoção de saúde: elementos para reflexão. In: V Conferência Mundial de Promoção em Saúde, 2000, São Paulo. V Conferência Mundial de Promoção em Saúde, 2000. v. único. p. 1-1.

Li FLW, Low LPL, Lee DTF. Chinese women's experiences in coping with urinary incontinence. 2007. *Journal of clinical nursing*. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01755.x

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; 46(5):633-44. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.12.001

Lima SVS. Fisioterapia: A relevância no tratamento da incontinência urinária. *Revista Eletrônica Novo Enfoque*. 2010; 10(10):144-60.

Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. *Lancet*. 2006; 367(9509):528-9.

Lopes MSV, Saraiva KRO, Fernandes AFC, Ximenes LB. Análise do conceito de promoção da saúde, 2010. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(3):461-8.

Margalith I, Gillon G, Gordon D. Urinary incontinence in women under 65: Quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Qual Life Res*. 2004; 13(8):1381-90.

Marinho AR, Leal BB, Flister JS, Oliveira Bernardes N, Rett MT. Incontinência urinária feminina e fatores de risco. *Fisioter Brasil*. 2006; 7(4):301-06.

MacDonald CD, Butler L. Silent no more: elderly women's stories of living with urinary incontinence in long-term care. *J Gerontol Nurs*. 2007; 33(1):14-20.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Moreno AL, Boaretto JA. Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico. In: Moreno AL. Fisioterapia em Uroginecologia. 2ª ed. Barueri: Manole, 2009, 127-35.

Moreno AL. Fisioterapia em Urologinecologia. 2ª edição. São Paulo: Monole. Barueri-SP. 2009.

Morgan DL. Focus groups as qualitative research. 2 ed. London: SAGE Research Methods, 1997. DOI: 10.4135/9781412984287- 32-46

Morse JM. Qualitative Health Research: Creating a new discipline. Walnut Creek, CA: Left Coast Press Inc.; 2012.

Norton PA, MacDonald LD, Sedgwick PM, Stanton SL. Distress and delay associated with urinary incontinence, frequency, and urgency in women. *BMJ*. 1988;297:1187-9.

Oliveira E, et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(6):688-90.

Ortiz OC. Stress urinary incontinence in the gynecological practice? *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 86 Suppl. 1 (2004) S6–S16. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Published by Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved. doi:10.1016/j.ijgo.2004.05.004

Ozkan S, Ogce F, Cakir D. Quality of life and sexual function of women with urinary incontinence. *Japan J Nurs Sci*. 2011; 8(1):11-9.

Palma PCR, Thiel M. Opções Terapêuticas na Bexiga Hiperativa. In: Palma PCR. Urofisioterapia Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas Disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Campinas/SP PERSONAL LINK Comunicações Ltda. 2009. p. 189–199.

Palma PCR. Urofisioterapia Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas Disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Campinas/SP PERSONAL LINK Comunicações Ltda. 2009.

Pereira RF, Costa NJD, Rocha MM, Arantes MC, Silares EFM. O Efeito da Terapia Comportamental para Enurese sobre Outros Problemas de Comportamento. 2009 Universidade de São Paulo.

Petros P, Miyaoka R. Reabilitação do assoalho pélvico conforme a teoria integral da continência. In: Palma PCR. Urofisioterapia aplicações clínicas 106 das técnicas fisioterapêuticas nas Disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Campinas/SP PERSONAL LINK Comunicações Ltda. 2009.

Plevnik S. New method for testing and strengthening of pelvic floor muscles. In: Proceedings of 15th Annual General Meeting. International Continence Society 1985, London, UK.

PNPS. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Porrett T, Cox CCL. Coping mechanisms in women living with pelvic floor dysfunction. *Gastrointestinal Nurs.* 2008; 6(3):30-9.

Ramos JGL, Martins-Costa SH, Xavier NL. Comparação dos resultados do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço por três diferentes técnicas cirúrgica. *RBGO*, 2000; 22(1):43-8.

Reis R, Cologna AJ, Martins ACP, Tucci JS, Suaid HJ. Incontinência urinária no idoso. *Acta Cir Bras.* 2003; 18(5). Disponível em www.scielo.br/acbbb

Ricchetto C, Petros P. Aplicações clínicas da teoria integral da continência. In: Palma PCR. *Urofisioterapia aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas Disfunções miccionais e do assoalho pélvico.* Campinas/SP PERSONAL LINK Comunicações Ltda. 2009.

Santos PFD, Oliveira E, Zanetti MRD, Arruda RM, Sartori MGF, Girão MJBC, et al. Electrical stimulation of the pelvic floor versus vaginal cone therapy for the treatment of stress urinary incontinence. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* 2009; 31:447-452. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000900005>.

Santos RCS. Malária em gestantes atendidas no hospital da mulher mãe Luzia (hmml), em Macapá, Amapá, no período de 2009 a 2010. Dissertação de Mestrado. 2011.

Silva L, Lopes MHBM. Urinary incontinence in women: reasons for not seeking treatment. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(1):68-74.

Stenzelius K, Wastergren A, Mattiasson A, Hallberg IR. Older women and men with urinary symptoms. *Arch Gerontol Geriatr.* 2006; 43(2):249-65. DOI: 10.1016/j.archger.2005.11.001

Stephenson RG, O'Connor LJ. *Fisioterapia aplicada a ginecologia e obstetrícia.* Manole. Segunda edição. Barueri, SP, 2004.

Taddeo OS, Kilma WLG, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. 2012. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17(11):2923-30.

Toledo e Jacobi Educ. Soc., Campinas, v. 34, n. 122, p. 155-173, jan.-mar. 2013 Disponível em [Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87326413014](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87326413014)

Tozoni-Reis MFC. A pesquisa-ação-participativa e a educação ambiental: uma parceria construída pela identificação teórica e metodológica. *A Pesquisa-ação-*

participativa em educação ambiental: reflexões teóricas. São Paulo: Annablume, 2007. p. 121-61.

Thiollent M. Pesquisa-ação nas organizações. Editora: ATLAS, 2009. 170 p.

Tsai YC, Liu CH. The effectiveness of pelvic floor exercises, digital vaginal palpation and interpersonal support on stress urinary incontinence: An experimental study. *Int J Nurs Stud*. 2009; 46:1181-6.

Volkmer C, Monticelli M, Reibnitz KS, Brüggemann OM, Sperandio FF. Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(10):2703-15.

Welch LC, Taubenberger S, Tennstedt SL. Patients' experiences of seeking health care for lower urinary tract symptoms. *Res Nurs Health*. 2011; 34(6):496-507.

Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2009; 116(5):700-7.

World Health Organization. Carta de Ottawa. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1986. p. 11-8.

Zerati M, Moraes HCF, Ferreira CHJ. Alterações do estilo de vida: O primeiro passo? In: Palma PCR. Urofisioterapia aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas Disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Campinas/SP PERSONAL LINK Comunicações Ltda. 2009. p. 177-86.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, estou sendo convidada a participar da pesquisa “Material Educativo para Promover o Autocuidado da Mulher com Incontinência Urinária” que será realizada por Adilson Mendes, fisioterapeuta e professor do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Amapá, sob a orientação da Professora Dra. Luiza Akiko Komura Hoga da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). O objetivo da pesquisa é construir um Material Educativo em forma de cartilha para a promoção do autocuidado da mulher, que convive com a perda involuntária de urina. Os resultados serão divulgados em eventos e publicados em revistas científicas.

A minha participação no estudo consistirá em prestar informações, responder a perguntas e demonstrar impressões acerca de minha vivência referente à incontinência urinária, juntamente com um grupo de, no máximo dez mulheres colaboradoras, que também sofrem com a perda involuntária de urina.

O grupo se reunirá em cinco encontros, cada encontro durará duas horas. O local dos encontros será a sala de áudio do curso de Letras da Universidade Federal do Amapá (Unifap). Os relatos e trocas de experiências serão gravados em gravador digital, além de anotações que serão feitas em caderno de anotação. Esse grupo do qual farei parte também participará de oficinas relacionadas ao tema durante os encontros. Na coleta dos dados, o pesquisador terá o apoio de dois membros.

Reconheço que a pesquisa não oferece risco imediato ou tardio à minha pessoa, embora eu possa sentir certo constrangimento, pois algumas perguntas poderão trazer lembranças de minha história de vida em relação ao problema urinário. No entanto, os benefícios do estudo referem-se à possibilidade de compartilhar o problema de saúde e melhor atendimento às mulheres que convivem com a perda involuntária de urina. Reconheço também que sou livre para expressar minhas ideias.

Nesse tipo de estudo, fui informada que as colaboradoras e o pesquisador e seus auxiliares irão trabalhar juntos em todas as atividades da pesquisa, que serão: levantamento de informações sobre a vida e a saúde das participantes; participação nos grupos educativos, para a construção compartilhada do material educativo; participação na análise dos resultados e na elaboração de proposta para a construção de melhorias da situação de vida e saúde das mulheres que vivenciam a experiência da IU.

Fui informada de que, para a coleta de dados, os procedimentos utilizados serão o grupo focal e as oficinas educativas, pois ambos constituem um espaço para reflexão e discussão de vivências. No momento dos grupos educativos, sei que será utilizado um gravador, que representa um importante instrumento de registro dos dados da pesquisa. Porém, meu nome não constará nos registros e minha identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e publicação do estudo. Foi a mim garantido que as informações obtidas nesta pesquisa somente serão usadas para fins científicos. Os dados da pesquisa serão analisados em conjunto com os de outras mulheres participantes. A minha participação na pesquisa também não interferirá no atendimento já recebido por meu médico e o serviço onde faço o acompanhamento da minha saúde.

Fui esclarecida de que minha participação será voluntária e que posso recusar ou desistir a qualquer momento da pesquisa se assim o preferir, sem prejuízo à minha pessoa e no atendimento que recebo no serviço de saúde. Fui informada também de que não terei custos e nem receberei pagamento (mas, se a participação em grupos e oficinas acarretar despesas para transporte, bem como alimentação, o pesquisador deve prever ressarcimento).

Qualquer dúvida em relação à pesquisa poderei esclarecer durante a realização do estudo com o pesquisador ou por meio do telefone (96) 3312-1741 – (96) 3227-0088 – (96) 99077198 ou e-mail: adilson@unifap.br e para as questões éticas nos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo por meio do telefone (11) 3061 7548 ou e-mail - edipesq@usp.br e da Universidade Federal do Amapá UNIFAP endereço Rod. Juscelino Kubistchek, KM-02 – Jardim Marco Zero – CEP 68.93-419 – Macapá – AP – Brasil. Tel. (96) 3312-1700 E-mail: dpq@unifap.br

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido possui duas vias, uma ficará comigo e a outra ficará com o pesquisador.

Declaração de Consentimento

Eu, _____ declaro que recebi as informações acima, tive a oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas e concordo em participar voluntariamente desta pesquisa.

Local: _____ Data ____/____/____

Nome _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO I - PARECER DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Material educativo para promover o autocuidado da mulher portadora de incontinência urinária

Pesquisador: Adilson Mendes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32605014.4.0000.0003

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 717.320

Data da Relatoria: 30/06/2014

Apresentação do Projeto:

Título: Material educativo para promover o autocuidado da mulher portadora de incontinência urinária

Será uma pesquisa-ação participativa

O local da pesquisa será o Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), um órgão público vinculado à Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (SESA).

A população do estudo são mulheres atendidas no Hospital da Mulher Mãe Luzia, localizado na Cidade de Macapá, com quadro de incontinência urinária

FASES DA PESQUISA

a constituição da primeira fase da pesquisa se organizará por: visita ao local de pesquisa e contato com os responsáveis, sobretudo com o médico que trata de IU. Em seguida, será feito o contato com as mulheres que farão parte da pesquisa e agendada a primeira reunião para apresentar o projeto, assinatura do termo de livre esclarecido e construção de agenda das próximas reuniões.

A fase dois constará de aplicação de questionários que deverão ser discutidos e progressivamente analisados pelos grupos na busca de se refletir estratégias de ação. Esta fase se relaciona já à fase três em que serão aplicadas as ações de construção de conhecimentos sobre o tema, ou seja, essa

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade

CEP: 68.902-280

UF: AP

Município: MACAPÁ

Telefone: (96)4009-2805

Fax: (96)4009-2804

E-mail: cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP

Continuação do Parecer: 717.320

ação será realizada por meio de oficinas que deverão ser construídas e desenvolvidas com as mulheres. Por fim, a fase quatro em que serão avaliadas as oficinas é o material registrado a partir do diálogo entre o grupo de mulheres e o pesquisador, e se construirá o material educativo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos:

Geral

Elaborar um material educativo em conjunto com mulheres que vivenciam a experiência da IU.

Específicos

- Explorar as experiências vividas por mulheres que apresentam IU;
- Identificar as dúvidas e as necessidades relacionadas à IU;
- Levantar dificuldades e potencialidades das mulheres para o enfrentamento dos problemas relacionados à IU.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: constrangimentos por ter que contar ou relembrar a história de incontinência urinária

BENEFÍCIOS: Produção de um material educativo com informações sobre as vivências e experiências de mulheres que convivem com incontinência. Além disso esse material servirá a outras mulheres que se utilizam do sistema único de saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa exequível e de importância para comunidade científica e mulheres portadoras de incontinência urinária, na medida que propõe a elaboração de uma cartilha de informação e auto cuidado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE bem escrito e esclarecedor

Cronograma de acordo

Metodologia bem descrita executável.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa aprovado sem pendências

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02**Bairro:** Bairro Universidade**CEP:** 68.902-280**UF:** AP**Município:** MACAPA**Telefone:** (96)4009-2805**Fax:** (96)4009-2804**E-mail:** cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP

Continuação do Parecer: 717.320

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado pelo plenário do CEP.

MACAPA, 14 de Julho de 2014

Assinado por:

Anneli Mercedes Celis de Cárdenas
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade

CEP: 68.902-280

UF: AP

Município: MACAPA

Telefone: (96)4009-2805

Fax: (96)4009-2804

E-mail: cep@unifap.br