

Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres*

WOMEN'S STRATEGIES FOR COPING WITH URINARY INCONTINENCE

ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO FEMENINO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Rita de Cássia Altino Delarmelindo¹, Cristina Maria Garcia de Lima Parada²,
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues³, Silvia Cristina Mangini Bocchi⁴

RESUMO

Este artigo é parte de uma pesquisa qualitativa mais abrangente que utilizou como referencial teórico-metodológico a Grounded Theory e o Interacionismo Simbólico, resultando no modelo teórico denominado *Entre o sofrimento e a esperança: a reabilitação da incontinência urinária como componente interveniente*. Com a intenção de comunicar todo o conhecimento produzido, apresenta-se parte desse modelo, referente ao processo de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres sem perspectivas de acesso ao tratamento cirúrgico, após falha dos procedimentos conservadores. Ao inter-relacionar os componentes (categorias e subcategorias) relativos à experiência dessas mulheres, buscando compará-los e analisá-los para compreender a interação entre eles, notou-se vulnerabilidade moral e psicossocial no movimento da experiência do grupo, suscetibilizando-o a riscos à saúde e ao comprometimento da qualidade de vida. Pesquisas são necessárias para aprofundar a compreensão de experiências em que haja barreira ao tratamento cirúrgico por descrédito do profissional médico sobre sua efetividade.

DESCRITORES

Incontinência urinária
Mulheres
Reabilitação
Cirurgia
Acontecimentos que mudam a vida

ABSTRACT

This article is part of a more comprehensive qualitative study which used grounded theory and symbolic interactionism as theoretical and methodological frameworks, resulting in the theoretical model entitled, *Between suffering and hope: rehabilitation of urinary incontinence as an intervenient component*. In order to communicate all the knowledge produced, part of this model is presented, and it refers to the process of coping with urinary incontinence by women without perspectives of access to surgical treatment after failure of conservative procedures. When interrelating the components (categories and subcategories) of these women's experience in order to compare and analyze them to understand their interaction, moral and psychosocial vulnerability were noticed within the experience of the group, which makes them susceptible to health risks and to compromise of their quality of life, observed in the movement of the group's experience. Research is needed to further understand experiences in which there are barriers to surgical treatment due to physicians' disbelief in its effectiveness.

DESCRIPTORS

Urinary incontinence
Women
Rehabilitation
Surgery
Life change events

RESUMEN

El artículo forma parte de una investigación cualitativa más abarcadora que utilizó como referencial teórico-metodológico la Grounded Theory y el Interaccionismo Simbólico, resultando en el modelo teórico denominado *Entre el sufrimiento y la esperanza: la rehabilitación de la incontinencia urinaria como componente interveniente*. Con intención de comunicar el conocimiento producido, se presenta parte de dicho modelo, referido al proceso de enfrentamiento de la incontinencia urinaria en mujeres sin perspectivas de acceso a tratamiento quirúrgico, habiendo fallado los procedimientos conservadores. Al interrelacionarse los componentes (categorías y subcategorías) relativos a la experiencia de dichas mujeres, buscando compararlos y analizarlos para entender su interacción, se notó vulnerabilidad moral y psicossocial en el tránsito de experiencia grupal, susceptibilizándolo a riesgos de salud y al compromiso de calidad de vida. Serán necesarias investigaciones que profundicen la comprensión de experiencias en las que existan obstáculos al tratamiento quirúrgico por descreer el profesional médico sobre su efectividad.

DESCRIPTORES

Incontinencia urinaria
Mujeres
Rehabilitación
Cirugía
Acontecimientos que cambian la vida

*Extraído da dissertação "Entre o sofrimento e a esperança: a reabilitação da incontinência urinária como componente interveniente", Universidade Estadual Paulista, 2010. ¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade do Sagrado Coração. Enfermeira Assistencial no Hospital Estadual de Bauru. Bauru, São Paulo, Brasil. altino.blv@terra.com.br ²Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil. cparada@fmb.unesp.br ³Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. rosalina@eerp.usp.br ⁴Enfermeira. Doutora. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil. sbocchi@fmb.unesp.br

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é considerada problema de saúde pública mundial e epidemiologicamente relevante, porém ainda invisível às políticas públicas, aos órgãos formadores e, conseqüentemente, à avaliação clínica e às intervenções. Esse contexto vem impondo a milhões de pessoas ao redor do mundo, principalmente mulheres, vivenciar uma experiência de difícil enfrentamento, por não se beneficiarem do conhecimento técnico-científico voltado à prevenção e à reabilitação da IU.

A IU e as disfunções do trato urinário inferior (DTUI) são reconhecidas como epidemia silenciosa mundial⁽¹⁾. Somente em 2005, durante a III Conferência Internacional de Incontinência, ocorrida em Paris, considerou-se o terceiro maior problema de saúde, depois dos cardíacos e do câncer, acometendo principalmente mulheres de diferentes idades, independentemente da classe econômica e do padrão cultural⁽²⁾.

Apesar de a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1988 ter considerado a IU uma doença e não mais uma condição, levando-se em conta seus efeitos debilitantes, relativos à saúde e ao bem-estar, essa só foi incluída na Classificação Internacional e Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICIDH-2) a partir de 2001, passando, assim, a integrar a Classificação Internacional de Doenças (CID10)⁽²⁾.

Esse fato levou, no ano seguinte, a *International Continence Society (ICS)* a considerar a IU como queixa de qualquer perda involuntária de urina, descrita pela especificação dos fatores relevantes, tais como: tipo, frequência, gravidade, fatores precipitantes de impacto social, efeitos sobre a higiene e qualidade de vida, medidas para conter a perda e se o indivíduo, cuidador ou parceiro procuram ou desejam ajuda de profissionais de saúde por essa causa. Nesse mesmo relatório, a ICS passou a classificá-la em seis tipos: IU por esforço (IUE), IU de urgência (IUU), IU mista (IUM), enurese noturna, incontinência urinária contínua e incontinência urinária situacional⁽³⁾.

A IU atinge aproximadamente 25 milhões de norte-americanos adultos, enquanto a IUE acomete 50% das mulheres, principalmente as mais jovens, agravando os sintomas com o avanço da idade⁽¹⁾.

No Reino Unido, cerca de 30% dos indivíduos com 40 anos ou mais vivenciam alguma forma de Disfunções do Trato Urinário Inferior, sendo a prevalência de IU com episódios de perdas involuntárias de urina estimada em 14%, ocorrendo várias vezes ao mês, semelhantes aos resultados de pesquisas desenvolvidas na Europa⁽¹⁾. Na Coreia, a presença de IU nas mulheres com idade entre 30 e

39 anos foi de 36%, seguida 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⁽⁴⁾, enquanto na Suécia a IU foi relatada por 39% dos idosos⁽⁵⁾.

No Brasil, não se conhece ainda a prevalência nacional de IU, uma vez que as pesquisas até então conduzidas centralizaram-se em cidades do estado de São Paulo, sendo uma na capital, que apontou 20% dos idosos com IU, respondendo por 16% e 33%, respectivamente, nos grupos entre 60 a 74 anos e 75 anos e mais. No sexo feminino, esse valor foi de 26%, bem maior do que no sexo masculino, 11%⁽⁶⁾. Em outro estudo realizado no interior desse estado, foi apontada prevalência de 30% em mulheres⁽⁷⁾.

Justifica-se a maior probabilidade de mulheres acometidas por IU, não só idosas, mas também jovens e na meia-idade, devido a várias causas, sendo as maiores evidências a gravidez, o parto e as mudanças hormonais da menopausa. Outros fatores de risco são: obesidade, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, doenças crônicas, hereditariedade, uso de determinados fármacos, consumo de cafeína, tabagismo e exercícios físicos, assim como diversos processos fisiopatológicos e situacionais⁽²⁾.

Em face da relevância do problema, da atuação das autoras deste estudo na assistência junto a mulheres com IU, bem como da carência de estudos epidemiológicos e qualitativos explorando a experiência de mulheres brasileiras com a doença, surgiu a pergunta: como se configura a experiência dessas mulheres?

Para responder a essa inquietação, conduziu-se ampla pesquisa visando compreender a experiência de mulheres com IU e elaborar um modelo teórico que a representasse, justamente nessa fase em que o país enfrenta o processo de envelhecimento populacional, com a finalidade de aprofundar a compreensão sobre o objeto, uma vez que não foram encontradas pesquisas que se utilizaram do referencial teórico-metodológico escolhido.

O presente estudo é parte dessa pesquisa e tem por objetivo apresentar as estratégias de enfrentamento da IU, utilizadas por mulheres sem qualquer perspectiva de se reabilitarem, por meio de procedimentos cirúrgicos, mesmo após falha de procedimentos conservadores.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa, iniciada após a aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa (OF 048/06) e obtenção de consentimento livre e esclarecido para participação no estudo de mulheres adultas e idosas com diagnóstico médico de IU, cadastradas em uma Clínica de Fisioterapia instalada no campus da Universidade do Sa-

grado Coração – Bauru, São Paulo, Brasil, e conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A coleta de dados foi realizada por uma das pesquisadoras de 2007 a 2009, por meio da técnica de entrevista não diretiva, tendo como questão orientadora: Como tem sido a sua experiência com a IU?

As entrevistas foram audiogravadas e conduzidas em local de escolha das atrizes, garantindo privacidade e anonimato relativo às informações. Ao término, as experiências foram transcritas na íntegra e submetidas à análise manual, realizada pelas pesquisadoras, segundo os quatro passos propostos pelo referencial metodológico da *Grounded Theory*: microanálise, codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva⁽⁸⁾.

Respeitando os passos propostos pelo referencial, obteve-se a saturação teórica a partir da análise da 18ª entrevista com mulheres acometidas por IU, na faixa etária de 41 a 81 anos, sendo todas com diagnóstico médico confirmado, embora sete não estivessem em tratamento por abandono, sete estivessem em tratamento conservador e quatro em pós-tratamento conservador.

A escolha da faixa etária acima de 40 anos foi intencional, assim como a busca de mulheres atendidas em clínica de fisioterapia. No primeiro caso, pelo fato de a literatura científica evidenciar aumento da incidência de IU com o avanço da idade⁽¹⁾ e no segundo, para explorar as experiências de mulheres atendidas pelo SUS e que tivessem tido acesso ao tratamento clínico fisioterápico em serviço conveniado.

O modelo teórico emerso do processo de análise – *Entre o sofrimento e a esperança: a reabilitação da IU como componente interveniente*⁽²⁾ – foi submetido à validação junto aos dados, mostrando-se capaz de explicar as experiências.

Enfatiza-se que neste artigo será apresentada parte desse modelo, referente a categorias e subcategorias emersas durante o processo de análise dos dados, relativa à experiência de mulheres com IU, denominada *Recorrendo às estratégias paliativas ao não ver perspectivas de melhora*. Assim, discute-se a experiência de mulheres que, após falha no tratamento conservador, consideravam-se sem perspectivas de acesso ao tratamento cirúrgico. As razões estavam relacionadas à falta de condição clínica (duas atrizes) e ao descrédito do profissional médico sobre a efetividade do tratamento cirúrgico (oito atrizes). Essa experiência será analisada à luz do referencial teórico Intercionismo Simbólico⁽⁹⁾ e segundo a produção do conhecimento acerca do objeto de pesquisa.

RESULTADOS

Retratam a experiência daquele grupo de mulheres tomado pelo sentimento de tristeza ao ver-se dependente de estratégias paliativas para a IU, mediante as frustrações com o tratamento conservador e sem a esperança

de reabilitação por meio de tratamento cirúrgico, por não ter condição clínica para tal ou por descrédito do profissional médico sobre a efetividade desse tratamento. Esse subprocesso do modelo teórico emerso reúne o encadeamento de cinco categorias apresentadas, subseqüentemente, por meio das letras A, B, C, D e E.

Categoria A. Não percebendo melhora com os tratamentos conservadores

É a compreensão da mulher de que seus esforços em aderir aos tratamentos conservadores, sejam eles fisioterápicos, sejam medicamentosos, fracassaram, ou seja, essa etapa do processo de reabilitação não foi suficiente para livrá-la da IU.

(...) Não melhorei nem com a fisioterapia nem com a medicação (...). Além do que, o fato de a fisioterapeuta introduzir e retirar uma espécie de vibrador da vagina me machucava e provocava muita dor (...) (Atriz 4).

Categoria B. Voltando a vivenciar a IU após períodos de continência

Significa voltar a vivenciar perdas de urina após alcançar um período de continência, por meio de tratamentos conservadores, algumas vezes abandonados pelas mulheres.

(...) Minha incontinência voltou, um pouco menos que antes, mas voltou com a tosse e espirros e porque deixei de fazer fisioterapia (...) (Atriz 16).

Categoria C. Médico desencorajando o tratamento cirúrgico

É a postura desestimuladora adotada por médicos, quanto a encaminhar ao tratamento cirúrgico mulheres que não alcançaram a reabilitação da IU, por meio de tratamentos conservadores, independente de apresentarem ou não condições clínicas para tal.

(...) Estou desanimada. Eu já tentei de tudo para resolver a minha IU e agora o médico me disse que, conversando com alguns de seus colegas, eles também tem percebido que a cirurgia para levantar a bexiga não tem resolvido o problema (...) (Atriz 2).

(...) O médico não quer me operar, pois além de eu ser incontinente, sou diabética e hipertensa. Ele me disse que por causa do diabetes é melhor eu aguentar sem cirurgia, só que isso tem me causado muito transtorno em minha vida (...) (Atriz 18).

Categoria D. Perdendo a esperança de se ver livre do problema

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

(...) Então, a minha vida é isso: vou ao médico e ele me opera ou eu tenho que me conformar, ficando assim até morrer. Ai eu morro e não urino mais (Atriz 2).

Categoria E. Adotando estratégias paliativas para não se ver molhada

Significa a utilização de um conjunto de recursos de ordem atitudinal (corporal, psíquica e social) ou material, com objetivo de diminuir, temporariamente, a vulnerabilidade de se ver ou ser vista urinada; entretanto, para aquele grupo de mulheres que perde a esperança de se ver livre da IU, existem grandes chances de se constituir em uma situação permanente de dependência de tais recursos. Essa categoria reúne nove subcategorias apresentadas subsequentemente.

Deixando de realizar atividades sociais, de lazer e espirituais prolongadamente

Trata-se de uma das estratégias utilizadas por mulheres incontinentes que as move prolongadamente à reclusão de atividades sociais desenvolvidas anteriormente à IU e que agora, com o medo de se sentirem em estado de urgência miccional e perante o perigo de se verem urinadas em público, passam a se abster de atividades que lhes davam prazer.

(...) Fiquei tolhida do que fazia antes, como: passeios, viagens, recepções que se prolongam muito, missas e festividades na igreja (...) (Atriz 1).

(...) Não frequento mais os meios sociais. Às vezes, tenho a oportunidade de ter um lanche com alguma amiga. Eu vou, mas sei que estou em casa de pessoa muito conhecida e onde posso ir ao banheiro (...). Assim, eu tenho menos medo de fazer feio quando estou com pessoas conhecidas do que em lugares onde eu possa chamar a atenção para isso, diante de desconhecidos (...). (Atriz 3).

Frequentando lugares com disponibilidade de sanitários

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

(...) Quando saio, eu tenho que ter a certeza de que nesse lugar haverá banheiro e chegando lá, a primeira coisa que faço é perguntar e olhar onde fica (...) (Atriz 6).

(...) Outro dia, corri a um banco e a uma loja, porque onde estava não me deixaram usar o banheiro, por não ser cliente. Enquanto corria para encontrar um banheiro a urina ia saindo (...) (Atriz 18).

Utilizando coletores de urina

Trata-se do uso de coletores de urina não invasivos, como os denominados *paninhos* ou até toalhas, absorventes íntimos ou fraldas geriátricas. Há relatos do uso de bacias próximas à cama, principalmente à noite, para evitar a perda de urina pela casa enquanto a mulher com IU tenta chegar ao banheiro. A escolha do coletor se dá de acordo com o volume de perda urinária e a dependência da mulher da disponibilidade de sanitários. Dispositivos adicionais, geralmente, são levados nas bolsas pessoais para atender às necessidades de trocas; dessa forma, a relação de dependência da mulher com o uso desses dispositivos é avaliada como não prazerosa.

(...) Durante o dia, eu coloco paninho (...). Uma enfermeira me orientou a usar paninho ao invés de absorvente, porque este esquenta mais. Eu tenho dois tipos, o menor uso durante o dia e o maior à noite. Faço isso há dois anos (...) (Atriz 14).

Deixando de tomar anti-hipertensivos quando sai de casa

Trata-se de estratégia utilizada por mulheres em tratamento medicamentoso para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que, para reduzir o volume urinário, prorrogam o horário ou deixam de tomar anti-hipertensivos, principalmente os diuréticos.

(...) Hoje, eu tomei quatro comprimidos para a hipertensão, mas não tomei o diurético, porque terei que sair (...) (Atriz 3).

Reduzindo a ingestão de líquidos

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

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

Tomando sedativos para poder dormir

Significa a utilização de fármacos indutores do sono, mediante a preocupação de enurese noturna ser um fato desencadeador da insônia da mulher com IU.

(...) Perdi a autoconfiança na minha capacidade de segurar a urina. Isso tem prejudicado o meu sono; então, se eu quero dormir, tenho que tomar remédio para dormir (Atriz 2).

Tendo cuidado com a escolha das roupas e a frequência de trocas

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

Uma vez estava trabalhando e comecei a espirrar e urinei tudo na calça. Eu fui obrigada a amarrar uma blusa na cintura para poder continuar trabalhando. O pior foi que até o meu patrão perguntou o que eu estava fazendo com a blusa na cintura (Atriz 5).

Eu deixei de usar saias e vestidos. Só uso calças compridas e escuras, pois quando sai urina a cor ajuda a disfarçar (...) (Atriz 18).

Evitando tossir, espirrar e rir

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

(...) Não posso nem ter gripe, faz um bom tempo que não me dá gripe; quando dá, a IU piora (...) (Atriz 5).

(...) Não posso correr, tossir e fazer esforço, pois qualquer movimento que envolve esforço, a urina sai (Atriz 6).

Abstendo-se de atividade sexual

Significa a decisão de reprimir qualquer aproximação do sexo oposto, mediante o medo da situação vexatória de urinar durante o coito.

(...) Não posso nem arrumar um companheiro (...) Ainda bem que não apareceu (...). Também, nem ao Clube da Vovó tenho ido.

(...) Não estou aguentando mais! (...) À noite, não dá tempo de levantar para ir ao banheiro, já tenho até uma bacia que comprei para urinar. Perdi a confiança em mim mesma (...) (Atriz 2).

DISCUSSÃO

Ao inter-relacionar os componentes (categorias e subcategorias) relativos à experiência de mulheres que necessitam recorrer às estratégias paliativas ao não verem perspectivas de melhora da IU, buscando compará-los e analisá-los para compreender como se dava a interação entre eles, percebeu-se no movimento da experiência desse grupo a vulnerabilidade moral e psicossocial, susceptibilizando-as a riscos de saúde e, conseqüentemente, de qualidade de vida.

Analisando o tema, imbricado ao modelo teórico do qual foi recortado, verificou-se o componente *contar com apoio e acesso ao processo de reabilitação da IU* como uma determinante capaz de romper com o desafio moral e psicossocial imposto pela doença e, portanto, preservando as mulheres da sobrecarga gerada pela experiência⁽²⁾.

O contrário ocorreu com as mulheres do grupo que não se beneficiaram dessa determinante e, portanto, passíveis a vivenciar estado afetivo suscitado pela consciência do perigo de serem notadas com as roupas molhadas ou de exalarem o odor da excreção, perante outras pessoas. Esse processo gera ansiedade, receio e apreensão acerca de um episódio não prazeroso e que, por sua vez, interrompe planos de vida, promovendo o sofrimento psíquico, mediante a vulnerabilidade contínua de passar pelo constrangimento de estar transgredindo um preceito socialmente estabelecido: só as crianças podem urinar na roupa e usar fraldas⁽²⁾.

Esse processo pode ser interpretado por meio do Interacionismo Simbólico, que define a mente humana como ação, a qual usa símbolos e os dirige em relação ao *self*. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo. É a comunicação ativa com o *self* por meio da manipulação de símbolos. O mundo é transformado em uma infinidade de definições por causa da mente; a ação é resposta não a objetos, mas a interpretação ativa do indivíduo a esses objetos⁽⁹⁾.

Portanto, é a interação simbólica do ser humano com o seu *self* e com os outros que leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso das ações. Estas são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito, que envolve a definição da situação, que, por sua vez, envolve interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo ator que é central para como a ação ocorrerá⁽⁹⁾.

A contento, interação não é somente o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que acontece dentro delas. Os seres humanos atuam em um mundo que eles definem, agem de acordo com o modo que definem a situação vivenciada. Embora essa definição possa ser influenciada por aqueles com quem interagem, ela é também resultado da própria definição e interpretação da situação⁽⁹⁾.

Urinar na roupa e usar fraldas é interpretado como um comportamento não esperado para adultos nem para idosos e a IU os expõe a isso. A pessoa sob tal ameaça vexatória empreende movimentos, ou seja, dirige o seu *self* a fazer algo para manipular esse símbolo, impulsionando as mulheres sem perspectivas de reabilitação a não se importarem em adotar estratégias de contenção de urina, mesmo que estas possam comprometer ainda mais a sua saúde.

Essa interpretação, segundo o Interacionismo Simbólico, corrobora com o conhecimento produzido por outros autores que justificam a perpetuação da IU como uma epidemia silenciosa, mediante a compreensão que as pessoas têm acerca da doença, a partir de uma construção social relativizada por fatores culturais, caracteristicamente subjetivos e mutáveis, a partir de percepção individual em contexto específico de valores, objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Para tanto, estão sob forte influência de modelos conceituais, nos quais o funcionamento físico e emocional repercute diretamente sobre papéis e interação social, numa dimensão coletiva que circunda a vida cotidiana⁽¹⁰⁾.

Acrescenta-se, ainda, que essa concepção tem contribuído para que as pessoas continuem a admitir a IU como um problema normal, ocorrido com o envelhecimento ou gestação; portanto, sendo esperado para grupos de idosos e gestantes, o que retarda a procura por métodos que amenizem ou solucionem eventuais alterações no padrão vesical⁽¹¹⁾.

Para tanto, os fatores étnicos, sociais e culturais estão associados com a forma divergente de busca por ajuda entre as mulheres de diversos grupos, isso porque mui-

tos indivíduos ainda estigmatizam e marginalizam aqueles que apresentam problemas como a IU⁽⁴⁾.

Esses processos explicam as razões que levam a IU ser considerada um problema subestimado e, portanto, frequentemente negligenciado por profissionais da saúde que deveriam dedicar maior atenção à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da doença⁽¹²⁾.

Esse contexto não é diferente em outros países, como demonstra estudo conduzido nos Estados Unidos, em que a sintomatologia da IU é frequentemente percebida como parte natural do envelhecimento, tanto por profissionais da saúde como pelas pessoas acometidas. Assim, menos da metade das mulheres americanas que sofrem de IU procuram tratamento e, quando buscam profissionais da saúde por motivos diversos, na maioria das vezes, não são questionadas sobre tais sintomas, tornando o problema de saúde invisível e, portanto, gerando uma proporção significativa da patologia clinicamente não diagnosticada⁽¹³⁾.

No Brasil, o médico ginecologista ainda é o profissional da saúde que mais investiga sinais e sintomas da IU em mulheres, assim como é o que vem indicando com maior frequência o tratamento cirúrgico, quando comparado aos clínicos gerais e médicos da família, que raramente investigam ou não investigam⁽¹⁴⁾.

Vale ressaltar que os tratamentos oferecidos pelo SUS à IU são os cirúrgicos e os medicamentosos, enquanto os fisioterápicos são, na maioria das vezes, proporcionados apenas pela iniciativa privada ou por serviços de reabilitação de universidades. Esse fato contradiz os princípios que fundamentam o SUS: universalidade, equidade e integralidade, sendo um problema fundamental a falta de programa conservador específico para atendimento de mulheres com IU, visto que esses podem contribuir para melhorar parte das queixas incontinentes, podendo obter a cura⁽¹⁴⁾.

Esse processo, por sua vez, acaba repercutindo seriamente na qualidade de vida das pessoas acometidas quando comparadas às não afetadas⁽¹⁵⁾, tornando-as suscetíveis a desenvolver depressão e doença do pâncreo⁽⁷⁾, estendendo o impacto a cuidadores, família e ao sistema de saúde, na oferta de subsídios às demandas nos diversos níveis assistenciais⁽¹⁶⁾.

Viver com IU, sem perspectivas de alcançar a reabilitação, leva a pessoa a modificar comportamentos para se adaptar às inconveniências da perda urinária, fazendo uso de estratégias que, na maioria das vezes, deixa a mulher suscetível a outras complicações fisiopsicossociais.

Dentre essas, a necessidade de gregária é afetada, uma vez que as mulheres com IU passam a vivenciar uma experiência mais reclusa e solitária, por deixarem de realizar atividades sociais, de lazer e espirituais que se prolongam, frequentando somente lugares com disponibilidade de sanitários, bem como reprimindo necessidades relativas à sexualidade, em face da insegurança e, conseqüentemente, do medo de perder urina durante o ato

sexual. Essas situações as levam a urinar antes do coito ou até a se esquivarem de qualquer relação interpessoal com o sexo oposto, a ponto de não frequentarem espaços sociais que possibilitam encontros com um provável companheiro.

O isolamento social tem sido apontado por diversas pesquisas como uma consequência da IU^(12,17). Representa fronteira na qual o indivíduo não se envolve de forma plena, ativa e igualitária na sociedade, com uma função social e psicológica que causa impacto considerável com a perda da autonomia fisiológica, suscitando sentimentos de vergonha, depressão, ansiedade, estresse e restrições sociais cotidianas, entre elas de receber visitas de amigos e convidados em sua própria casa⁽¹⁸⁾.

Nesta pesquisa, a abstinência sexual também foi uma decisão encontrada por mulheres para se preservarem de situação constrangedora perante o companheiro, fato corroborado por outros estudos, mostrando que 26% das mulheres incontinentes referem perdas de urina, acompanhadas de desconforto doloroso durante o coito (21%) e ausência de prazer (5%)⁽¹⁷⁾. O próprio medo de perder urina durante o coito foi apontado como fator desencadeador de ansiedade, só de pensar no ato, levando-as a considerar sua sexualidade afetada⁽¹⁹⁾.

Ademais, as mulheres com IU e que fazem uso de diuréticos para o tratamento da HAS se mostraram mais suscetíveis a interrompê-lo, assim como a reduzirem a ingestão de líquidos, principalmente quando têm que sair de casa. Situação essa corroborada por outro estudo⁽¹²⁾ e considerada preocupante, mediante o acometimento da necessidade de homeostasia do corpo humano.

O uso diário de indutores do sono também foi relatado por mulheres desta pesquisa, principalmente por aquelas que passaram a sofrer com a insônia, ao anteverem episódios de enurese noturna.

Sabe-se que um dos inconvenientes do uso de indutores do sono é a dependência química e psicológica em médio prazo; portanto, em casos que a insônia se configura como secundária a outro distúrbio de base, o recomendado é que este seja tratado⁽²⁰⁾.

Outras mulheres se tornam preocupadas com episódios de tosse e de espirros, por medo de não chegarem ao banheiro a tempo⁽²¹⁾; para tanto, tentam reprimir esses reflexos fisiológicos e até os risos, como medida preventiva à perda urinária.

As limitações no exercício das atividades laborais também foram sinalizadas como fator de restrição para o desempenho profissional e doméstico⁽¹⁷⁾, porque obrigam as mulheres com IU a interromper suas atividades⁽¹⁹⁾, principalmente quando estas exigem esforço físico^(1,15).

Soma-se aos demais a utilização de coletores de urina (absorventes, forros de algodão ou fraldas), os quais as mulheres associaram à sua suscetibilidade ao apareci-

mento de infecções urinárias e vaginais recorrentes, assim como de complicações relativas à integridade da pele.

A frequência de infecção do trato urinário (ITU) aumenta com a idade em ambos os sexos e, na mulher idosa, além da menopausa, alterações anátomo-funcionais da bexiga relacionadas ou não à multiparidade contribuem com esse aumento⁽²²⁾.

Por último, inclui-se que a escolha das roupas e a frequência de trocas é extremamente importante, porque ajuda a disfarçar, caso ocorra a IU quando a pessoa está fora de sua casa. Nesse sentido as mulheres buscam usar roupas escuras, não trajar saias ou vestidos, assim como ter uma roupa que possa encobrir o sinal visível da urina. Ademais, carregar roupas extras é sempre mais uma possibilidade de providenciar a troca.

CONCLUSÃO

Ao analisar os achados deste estudo percebeu-se que a experiência do grupo de mulheres com IU sem a perspectiva de acesso ao tratamento cirúrgico, após tentativas frustradas com o conservador, não esbarrou somente na falta de condição clínica, mas também no descrédito de profissionais médicos sobre a efetividade do tratamento cirúrgico da IU na vida daquelas que se reconheciam em condições. Entende-se que esse contexto possa estar impulsionando parte do grupo de mulheres estudado à vulnerabilidade moral e psicossocial de uma experiência que gera sobrecarga, impondo um processo de enfrentamento, por meio de

estratégias paliativas, para que não sejam julgadas como transgressoras de um preceito socialmente estabelecido.

Essas estratégias acometem necessidades humanas de domínio moral, espiritual e fisiopsicossociais, processos esses que as suscetibilizam no tocante à saúde física e mental e consequentemente à qualidade de vida.

A contento, esta pesquisa suscita novas perguntas. Se, após falha do tratamento conservador, mulheres em condições clínicas devem ser submetidas à cirurgia para correção da IU e se o SUS oferece esse tratamento, por que um grupo de mulheres está sendo privado dessa possibilidade? O que leva parte dos profissionais médicos a desacreditar da eficácia do tratamento?

Para tanto, entende-se que uma das contribuições desta pesquisa é sinalizar a necessidade de se conduzirem novos estudos, porém, com profissionais médicos, para dar voz a estes e para compreender a concepção que carregam da IU, bem como de todo o processo de reabilitação existente e, assim, aprofundar o entendimento sobre as barreiras que possam ainda estar impedindo mulheres a terem acesso a tratamentos disponíveis, principalmente o cirúrgico.

Por fim, seriam necessárias políticas públicas voltadas à saúde da mulher, com intervenções mais incisivas acerca da prevenção e da reabilitação da IU, cabendo aos órgãos formadores de profissionais da saúde constituir competências para que eles possam contribuir com a resolubilidade de uma doença de grande impacto, principalmente na vida de mulheres.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Delarmelindo RCA. Entre o sofrimento e a esperança: a reabilitação da incontinência urinária como componente interviniente [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2010.
3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Neurol Urodyn*. 2002;21(2):167-78.
4. Kang Y, Crogan NL. Social and cultural construction of urinary incontinence among Korean American Elderly Women. *Geriatr Nurs*. 2008;29(2):105-11.
5. Stenzelius K, Wastergren A, Mattiasson A, Hallberg IR. Older women and men with urinary symptoms. *Arch Gerontol Geriatr*. 2006;43(2):249-65.
6. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. *SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS; 2003. p. 75-91.
7. Amaro JL, Macharelli CA, Kawano PR, Padovani CR, Aragon F, Yamamoto HA, et al. Prevalência e implicações da incontinência urinária e fecal em mulheres. *Femina*. 2008; 36(8):505-9.
8. Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory*. Thousand Oaks: Sage; 2008.
9. Charon JM. *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. 3th ed. New York: Prentice Hall; 1989.
10. Abreu NS, Baracho ES, Tirado MGA, Dias RC. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. *Rev Bras Fisioter*. 2007;11(6):429-36.
11. Cheater FM, Bakier R, Gillies C, Wailoo A, Spiers N, Reddish S, et al. The nature and impact of urinary incontinence experienced by patients receiving community nursing services: a cross-sectional cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(3):339-51.

12. Borba AMC, Lelis MAS, Brêtas ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto Contexto Enferm.* 2009;17(3):527-35.
13. Feldner Junior CP, Sartori MGF, Lima GR, Baracat EC, Girão BC. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(1):54-62.
14. Barbosa SS, Oliveira LDR, Lima JLDA, Carvalho GM, Lopes MHBM. Como profissionais de saúde da rede básica identificam e tratam a incontinência urinária feminina. *Mundo Saúde.* 2009;33(4):449-56.
15. Higa R, Lopes MHBM. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(5):503-6.
16. Shakhathreh F. Epidemiology of urinary incontinence in Jordanian women. *Saudi Med J.* 2005;26(5):830-35.
17. Lopes MHBM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(1):34-41.
18. Brittain KR, Shaw C. The social consequences of living with and dealing with incontinence: a carers perspective. *Soc Sci Med.* 2007;65(6):1274-83.
19. Lassere A, Pelat C, Guéroult V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, et al. Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact in quality of life. *Eur Ass Urol.* 2009;56(1):177-83.
20. Ganhito NCP. Distúrbios do sono: clínica psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
21. Lose G, The burden of stress urinary incontinence. *Eur Urol Suppl.* 2005;4(1):5-10.
22. Heilberg IP, Schor N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(1):109-16.

Agradecimentos

À Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo pelo apoio financeiro na execução desta pesquisa.