

ROSÂNGELA HIGA

**SIGNIFICADOS PSICOSSOCIAIS DA PERDA URINÁRIA PARA
MULHERES DE CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS MENOS
FAVORECIDAS: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO**

Tese de Doutorado

**ORIENTADOR: Prof. Dr. EGBERTO RIBEIRO TURATO
CO-ORIENTADOR: Prof^a. Dr^a. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES**

**Unicamp
2010**

ROSÂNGELA HIGA

**SIGNIFICADOS PSICOSSOCIAIS DA PERDA URINÁRIA PARA
MULHERES DE CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS MENOS
FAVORECIDAS: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia, área de Ciências Biomédicas

ORIENTADOR: Prof. Dr. EGBERTO RIBEIRO TURATO
CO-ORIENTADOR: Prof^a. Dr^a. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES

**Unicamp
2010**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

H533s Higa , Rosângela
Significados psicossociais da perda urinária para mulheres de condições socioeconômicas menos favorecidas: um estudo clínico-qualitativo / Rosângela Higa. Campinas, SP: [s.n.], 2010.

Orientadores: Egberto Ribeiro Turato; Maria Helena Baena de Moraes Lopes
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Pesquisa qualitativa. 2. Incontinência urinária. 3. Saúde da mulher. 4. Impacto psicossocial. 5. Enfermagem. I. Turato, Egberto Ribeiro. II. Lopes, Maria Helena de Moraes. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Título em inglês: Psychosocial meanings of urinary incontinence for women of low socioeconomic status: a clinical-qualitative study

Keywords:

- Qualitative research
- Urinary incontinence
- Women's health
- Psychosocial impact
- Nursing

Titulação: Doutor em Tocoginecologia

Área de concentração: Ciências Biológicas e da Saúde

Banca examinadora:

Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato
Profª. Drª. Odaléa Maria Brüggemann
Profª. Drª. Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos
Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos
Profª. Drª. Fátima Böhcher-Luiz

Data da defesa: 10-03-2010

Diagramação e arte-final: Assessoria Técnica do CAISM (ASTEC)

C₃
R 883

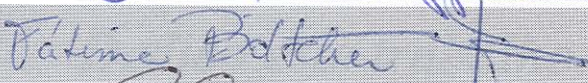
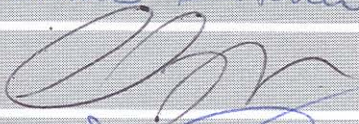
BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluno: ROSÂNGELA HIGA

Orientador: Prof. Dr. EGBERTO RIBEIRO TURATO

Co-Orientador: Prof^a. Dr^a. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES

Membros:

1. Egberto 
2. 
Lorena M. Baena
3. 
Valmeir Bolcher
4. 
5. 

Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 10/03/2009

2010 12022

Dedico este trabalho...

*A minha mãe, a quem eu devo meu existir.
A meu pai e minha avó, eternamente presentes
em minha vida, na minha formação
e iluminando meus caminhos.*

*Aos professores Dr. Egberto Ribeiro Turato e
Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes
por terem me ensinado os caminhos da pesquisa.*

Agradecimentos

Meu muito obrigada!

Primeiramente a Deus, que sempre acompanhou, protegeu e guiou os meus passos.

A minha mãe e meus familiares que continuamente me incentivaram para que eu chegasse até aqui.

Aos queridos professores Dr. Egberto R Turato e Dr^a Maria Helena BM Lopes pelo acolhimento, confiança e dedicação. Jamais os esquecerei!

À Aurélia, Eloisa, Regina e Zezé, minhas grandes e inseparáveis amigas, pelo infindável incentivo e companheirismo de todos esses anos!

À Zoraide e a Creusa pelo carinho, estímulo e a mão amiga sempre de prontidão nas horas precisas.

Um especial agradecimento a todos os colegas do Laboratório de Pesquisa Clínico–Qualitativa, pelo acolhimento e companheirismo. Vocês foram fundamentais para que eu concretizasse esta pesquisa com segurança e tranquilidade!

À Silvia C Nogueira, Vera LS Chvatal, Carlos RSF Rivorêdo, Shirley N dos Santos, Lia KS Campos e Mariana Schwartzmann pela grande parceria e contribuições nos manuscritos.

À Margarete, do Departamento de Tocoginecologia, e à Lilian, do Departamento de Psiquiatria, pela delicadeza, carinho e dedicação.

À equipe da Astec pela editoração desta pesquisa.

Enfim, a todas as mulheres que deram seus depoimentos para que este estudo se concretizasse.

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	xiii
Resumo	xv
Summary	xvii
1. Introdução	19
1.1. Questões Introdutórias	19
1.2. Aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos da perda urinária.....	21
1.3. Aspectos psicossociais da vivência com a perda urinária	25
1.4. Aspectos Psicológicos e Sociais	26
2. Objetivos	31
2.1. Objetivo Geral.....	31
2.2. Objetivos Específicos	31
3. Sujeitos e Método	33
3.1. Método Clínico – Qualitativo.....	33
3.2. Técnica para coleta de dados	33
3.3. Critérios de seleção dos sujeitos e fechamento do tamanho da amostra	36
3.4. Técnica de tratamento e análise dos dados	38
3.5. Referenciais teóricos	39
3.6. Aspectos Éticos	40
4. Publicações.....	41
4.1. Artigo 1 – Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review	42
4.2. Artigo 2 – Meanings of the body and the sexuality attributed by Brazilian women with urinary incontinence	57
4.3. Artigo 3 – Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária	73
4.4. Artigo 4 – The not-said is the 'badly-said': Meanings for women's silence about their urinary incontinence	88
5. Discussão.....	99
6. Conclusões.....	105
7. Implicação na Assistência.....	107

8. Referências Bibliográficas.....	111
9. Anexos	117
9.1. Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	117
9.2. Anexo 2 – Carta de confirmação para publicação de artigo	119
9.3. Anexo 3 – Cartas de recebimento dos artigos submetidos.....	120
10. Apêndices.....	121
10.1. Apêndice 1 – Modelo do instrumento de coleta de dados.....	121
10.2. Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	122

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

IIQ – *Incontinence Impact Questionnaire*

IU – Incontinência Urinária

Lilacs – *Latin-American and Caribbean Literature in Health Services*

Medline – *International Literature in Health Sciences*

SciElo – *Scientific Eletronic Library Online*

UI – *Urinary Incontinence*

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

Resumo

O objetivo deste estudo foi aprofundar os conhecimentos sobre significados psicossociais da perda urinária atribuídos por mulheres incontinentes de condições socioeconômicas desfavorecidas. Utilizado o Método Clínico-Qualitativo com captação dos sujeitos pela técnica da bola-de-neve e fechamento do tamanho amostral pelo critério de saturação. A amostra foi composta por oito mulheres, entre 30 a 45 anos, com queixa de qualquer perda involuntária de urina e que nunca realizaram tratamento, faxineiras, que tinham em média cinco anos de escolaridade e renda familiar máxima de 4,5 salários mínimos. As entrevistas semidirigidas foram realizadas individualmente, gravadas e literalmente transcritas. A técnica de análise temática de conteúdo, com leituras flutuantes do *corpus*, e a análise dos dados baseada nos recursos psicossociais e psicodinâmicos possibilitaram a eleição de cinco categorias: (1) Um corpo que vaza; (2) Uma sexualidade interrompida; (3) Um assunto velado; (4) Uma vivência solitária e (5) O não dito é o “mal-dito”. A perda de urina sustentou nas mulheres sentimentos de impotência, com perda da normalidade de um corpo que envelhece prematuramente. As marcas na roupa e o odor de urina exalado causaram isolamento e denotaram um estigma social. A vivência de uma

sexualidade interrompida pela perda urinária evidenciou o ato sexual como uma obrigação marital, e trouxe à tona significados que refletem valores sociais das questões de gênero. As mulheres tinham medo de ser criticadas, julgadas e mal interpretadas. Calavam-se, evitavam comentários e omitiam opiniões. Elas não conseguiam buscar ajuda e tinham uma vida solitária. Adaptavam estratégias comportamentais para mostrar continência e ser aceitas socialmente. O seu silêncio e a negação demonstraram ser mecanismos desenvolvidos para lidar com conflitos internos. Concluímos que os resultados deste estudo foram semelhantes ao de outras pesquisas com mulheres de faixa etária e grupos socioculturais distintos, demonstrando que as experiências e os significados da perda urinária são um fenômeno universal entre as mulheres. O silêncio evidenciou uma forma de expressão e um mecanismo de proteção. A perda urinária feminina significou impotência, isolamento e solidão, que interferiram na busca de tratamento.

Summary

The aim of this study was to amplify the knowledge of psychosocial meanings of urinary incontinence as related by incontinent women of low socioeconomic status. The clinical-qualitative method was used, and the subjects were selecting in the Snowballing technique, and the criterion of saturation closed of the sample size. The sample was the eight women, between 30 and 45 years, who had a history of any involuntary loss of urine and never received treatment, who worked with house cleaning, with an average five years of education, and with family income of 4.5 Brazilian minimum salaries. The semi-directed interviews were performed individually, recorded and fully transcribed. The technique of content analysis, with readings of the floating *corpus*, and the data analysis based on psychosocial and psychodynamic approaches, allowed to select five categories: (1) A body that leaks; (2) An interrupted sexuality; (3) A hidden problem; (4) A lonely life experience; and (5) The not said is the “badly-said”. The female urinary loss sustained feelings of helplessness with the normality loss of the body that become old prematurely. The spot on the clothes and the smell of urine exhaled caused isolation denoting a social stigma. The experience of sexuality interrupted by an urinary loss showed the sexual act as a marital

obligation, and brought to the surface meanings that reflect social values of gender issues. The women were afraid of being criticized, judged and misunderstood, so they shut up, avoided comments and omitted their opinions. They could not get help and had a lonely life. Behavioral strategies adapted to display continence and social acceptance. The silence and denial proved to be mechanisms developed to deal with internal conflicts. We conclude that our results were similar to other surveys of women of age groups and socio-cultural backgrounds, demonstrating that the experiences and meanings of urinary incontinence is a universal phenomenon among women. The silence showed a form of expression and a mechanism of protection. Female urinary loss meant powerlessness, isolation and loneliness that interfered in seeking treatment.

1. Introdução

1.1. Questões Introdutórias

Este estudo buscou mostrar os aspectos psicossociais da vivência com a perda urinária relatadas por mulheres pertencentes a um dos grupos sociais predominantes neste país, de mulheres trabalhadoras com baixa situação socioeconômica e educacional. De acordo com Muraro (1), a partir da década de 70 a condição das mulheres na sociedade brasileira mudou mais do que em toda sua história, as faixas que mais cresceram foram daquelas com altos salários. No entanto, esse grupo constitui uma parcela mínima de toda a população feminina economicamente ativa. A maior concentração de mulheres assalariadas ocorre nos setores mais desqualificados e com menor remuneração.

Segundo a última Síntese de Indicadores Sociais-2007 (2) as mulheres representam mais da metade da população brasileira, entre 187,2 milhões de habitantes, 96 milhões são mulheres. Nos últimos anos têm ocorrido aumentos da participação das mulheres no mercado de trabalho com maior contribuição para o rendimento familiar, e como chefes da família, compreendendo cerca de 70%

da mão de obra feminina, com escolaridade média de 8,9 anos para as ocupadas nas áreas urbanas e 4,7 anos na rural.

Considerando o aumento da perspectiva de vida da população brasileira, a tendência demográfica expressa é um processo de envelhecimento da população, principalmente a feminina (2). Assim sendo, a prevalência da incontinência urinária (IU) entre mulheres brasileiras tende a aumentar e, ao mesmo tempo, as implicações psicossociais decorrentes desse problema urinário.

O fato de a população estudada pertencer a essa classe social específica, levou esta pesquisadora a refletir se o quadro de deficiência social e educacional implica na forma com que a perda urinária é vivenciada pelas mulheres em idade reprodutiva, na adaptação dos mecanismos desenvolvidos para lidar com as dificuldades na sua rotina diária e na influência para buscar por tratamento e, se os significados psicossociais desse fenômeno diferenciam de outras populações já estudadas.

Como pesquisadora em IU foi possível perceber que a literatura, em especial a brasileira, mostra poucos estudos qualitativos que abordam as vivências de mulheres com perda urinária e, principalmente, não apreciam o ponto de vista psicossocial e os aspectos subjetivos dos significados desse sintoma para essa população.

Assim sendo, a prioridade e relevância deste estudo estão nas contribuições aos profissionais que atuam na saúde da mulher, auxiliando para que aprimorem o acolhimento por meio da valorização da “escuta”. O enfoque psicológico pode

ser utilizado como subsídio para o diagnóstico da IU e inserção de intervenções psicológicas e sociais com vistas a melhorar a qualidade de vida dessa população.

Segundo a experiência profissional desta pesquisadora, com mulheres de baixa renda no serviço público de saúde, as intervenções nestes espaços podem resultar em maiores benefícios para as mulheres, contribuindo para que a vivência com a IU torne-se um momento de vida menos sofrido por meio do conhecer e do trocar experiências com outras mulheres inseridas em um contexto sociocultural semelhante.

1.2. Aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos da perda urinária

O ato miccional, apesar de aparentemente simples, envolve a interação de estruturas complexas. À medida que a bexiga enche de urina, os receptores sensoriais percebem o estiramento da parede vesical com sinais sensoriais conduzindo para os segmentos sacrais da medula espinhal e nervos pélvicos, e retornam para a bexiga por via reflexa. Os reflexos de micção tornam-se frequentes, mais intensos, causando contrações cada vez maiores do músculo detrusor, em um ciclo repetitivo e contínuo, até que a bexiga atinja um alto grau de contração (3).

Para o funcionamento adequado do trato urinário inferior, a uretra e a bexiga devem atuar de forma coordenada. Na fase de enchimento, a bexiga permanece relaxada e a musculatura uretral contraída, sendo o inverso na micção. Para que esse sincronismo ocorra é indispensável a interação de numerosos arcos reflexos e circuitos nervosos (4).

Em mulheres, o ato miccional é ativado por musculatura pélvica específica, por estímulos inibitórios e facilitadores que coordenam um sistema de forças que atuam sobre a vagina e permitem o fechamento e abertura uretral. A elasticidade e posição da vagina, bem como os ligamentos, fâscias e músculos, são os pontos centrais para o mecanismo global para continência da urina (5). A alteração em qualquer um desses mecanismos pode desencadear episódios de perda involuntária de urina, caracterizando a IU.

A IU é definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS-*International Continence Society*) como qualquer queixa de perda involuntária de urina. A necessidade de ajuda profissional para os cuidados com a perda urinária pode ser referida voluntariamente ou diagnosticada em anamnese dirigida e por meio dos sinais, observação urodinâmica e condição (6).

Os três tipos mais comuns de IU são: IU de esforço, caracterizada como a queixa de perda involuntária de urina aos esforços, tosse ou espirro; urge-incontinência, considerada como a queixa de perda urinária acompanhada por ou imediatamente precedida pelo sintoma de urgência miccional, e IU mista, que é a perda involuntária associada com urgência e a execução de esforço, tosse ou espirro (6).

Considerada um problema de saúde pública, a IU é uma condição que afeta a população mundial de ambos os sexos, de todas as idades e de diferentes condições socioeconômicas e culturais. A prevalência é maior entre

as mulheres, podendo comprometer até 50% da população feminina em alguma fase de suas vidas, trazendo grandes implicações na qualidade de vida (7).

Em mulheres, a IU tem origem multifatorial e inúmeras patologias podem provocá-la. Os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento incluem: idade avançada, raça branca, obesidade, partos vaginais, deficiência estrogênica, condições associadas a aumento da pressão abdominal, tabagismo, doenças do colágeno, neuropatias e histerectomia prévia (8-10).

A prevalência da IU feminina varia conforme a definição do objeto de pesquisa, ou seja, de acordo com as características da população, da definição do tipo de IU e frequência da perda urinária adotada no estudo. Pesquisas internacionais mostram índices de 14% a 57%, considerando a queixa de episódios variando de esporádicos a diários, e idade ≥ 20 anos (11-13). Em mulheres jovens, entre 20 e 32 anos, atletas ou militares, o relato de perda de urina durante a prática da atividade física variou entre 28% e 30% (14,15).

Estudos que investigaram a prevalência em mulheres brasileiras com queixa de IU indicam 20,7% em jovens estudantes, com idade média de 21,4 anos (16) e 35% entre mulheres climatéricas, com idade média de 51,8 anos (8). Avaliando o relato de IU pelo menos uma vez ao mês, entre profissionais da enfermagem com idade média de 37 anos, o índice foi 27% (17); enquanto que um grupo de mulheres que realizavam atividades físicas, com idade média de 59,2 anos, 42% mencionaram ter um ou mais episódios na semana (18).

A literatura relata que a maioria das mulheres não trata a IU (19). No Brasil, entre 41% e 79% não procuram por ajuda médica. Um dos principais motivos alegados é porque consideram o problema urinário irrelevante e demonstram desvalorização desse sintoma (20-22).

Entretanto, essa atitude impede a realização do diagnóstico e tratamento precoce, agrava os sintomas, prejudica os desempenhos sexual, ocupacional e social, e interfere negativamente na qualidade de vida (17). Acredita-se que a desinformação da população sobre as terapêuticas e cura da IU é um fator agravante pela não procura por tratamento (20).

Atualmente, com a diversidade de tratamentos como o cirúrgico, clínico e a reabilitação do assoalho pélvico, os estudos têm mostrado resultados significativos de cura ou redução dos sintomas e, por conseguinte, a melhora da qualidade de vida das pessoas incontinentes (23,24).

Em tratamentos conservadores, como a eletro-estimulação e a sinesioterapia, a melhora dos sintomas da IU ocorre em menos três meses, já com exercícios perineais, os primeiros sinais de melhora começam a surgir no primeiro mês, com o ápice de melhora após 12 semanas (25). Vale ressaltar que a eficácia do procedimento escolhido, geralmente, estará relacionada ao diagnóstico preciso do tipo de IU, da gravidade e das condições gerais da mulher (26).

A literatura atual demonstra escassez de serviços de saúde que prestam cuidados às pessoas com perda urinária, em especial, serviços de atendimento primário com tratamentos comportamentais, ou seja, de exercícios da musculatura

pélvica; os tratamentos oferecidos para reabilitação do assoalho pélvico demonstram restrições a grupos participantes de pesquisas. Em geral, a maior abrangência de tratamentos oferecidos à população é mostrada em estudos desenvolvidos em centros de atendimento que oferecem diferentes técnicas cirúrgicas e tratamentos clínicos.

1.3. Aspectos psicossociais da vivência com a perda urinária

Estudos revelam que a perda urinária pode afetar muitos aspectos da vida das pessoas. A ansiedade e a depressão foram sintomas associados à IU; os indivíduos com IU seriam mais ansiosos porque nem sempre têm acesso ao toalete e porque correm o risco de incidentes acontecerem em público (27).

As crenças e mitos de que a IU é causada por fatores fora de seu controle, parte do processo natural e inevitável na sua história de vida, consequência dos partos e do envelhecimento (26,28), induzem as mulheres a acreditarem que nada pode ser feito para ajudá-las (29).

Contudo, a falta de controle sobre a perda urinária durante as atividades sociais evidencia sequelas psicológicas na vivência familiar, profissional e no lazer (17,30). A IU é percebida pelas mulheres como uma condição não aceitável para a vida social e sentem desprezo e culpa pelo abandono da sociedade (28).

A literatura aponta, ainda, que o efeito psicossocial da IU parece ser mais devastador do que as implicações sobre a saúde física, com abrangentes

consequências que influenciam as atividades diárias e autopercepção do estado de saúde (15). As repercussões psicossociais geram isolamento social, sentimentos de agonia, constrangimento, incapacidade e restrição das atividades com significativa morbidade, e medo em sofrer rejeição por perder urina durante o ato sexual (25,30,31).

As vivências da perda urinária mostram significados diferentes para as mulheres jovens e idosas. As mais velhas relatam que a IU ameaça sua autoestima, contudo, esta ameaça as incentiva a desenvolver estratégias, como a restrição hídrica e uso de absorventes higiênicos, para demonstrar que são continentas, como forma de proteção da sua autoestima, as quais auxiliam na aceitação da IU e a ter uma vida normal (32).

As mulheres jovens e de meia-idade utilizam-se de mecanismos de defesa, como a negação, para comportamentos de continência (33). Além do medo do odor de urina exalado, relatam vergonha quando essa perda acontece em eventos sociais com amigos e familiares (30).

1.4. Aspectos Psicológicos e Sociais

A incapacidade de controlar a emissão de urina e fezes é um estado normal do nascimento de todos os seres humanos. A aquisição da continência é um marco importante na vida e geralmente é adquirido por volta dos dois anos de idade (34). Embora os bebês sejam incapazes de controlar, quer a bexiga quer o intestino, este fato raramente é descrito como incontinência, ou encarado

como um problema social, uma vez que este é o estado normal ou o esperado após o nascimento⁽³⁾. Na vida adulta a incontinência pode indicar um defeito e complexo de inferioridade com sentimentos voltados para as fases infantis (35).

De posse da configuração adulta, todo ser humano lida com a questão da autoimagem e vivencia o seu corpo como símbolo, tanto no contexto individual quanto no social; todas as facetas da adaptação social e da personalidade são afetadas pela configuração e funcionamento desse corpo, atreladas à impressão causada nos outros e em si mesmo (34).

Diante disso, foi criado um modelo social do indivíduo e no processo das vivências, alguém que demonstra pertencer a uma categoria com atributos incomuns, ou diferentes, é pouco aceito pelo grupo social. Os atributos indesejados na sociedade são considerados estigmas, que simboliza uma marca no corpo, um sinal que impede os contatos sociais e produzem um amplo descrédito na vida do sujeito; em situações extremas, é nomeado como "defeito", "falha" ou desvantagem em relação ao outro (36).

O estigmatizado é uma ameaça à sociedade que deve ser evitada, é uma identidade deteriorada por uma ação social. O diferente passa a assumir a categoria de "nocivo", "incapaz", fora do parâmetro que a sociedade toma como padrão. Por não conseguir lidar com o diferente, em algumas circunstâncias, o grupo social não deixa que esse indivíduo seja visto na sua totalidade, na sua capacidade de ação e transforma-o em um ser desprovido de potencialidades, ficando à margem, e passa a ter que dar a resposta que a sociedade determina. Quanto mais

visível for a marca do estigma, menor possibilidade o sujeito tem de reverter, nas suas inter-relações, a imagem formada anteriormente pelo padrão social (36).

A experiência e conhecimento que a criança começa a ter no mundo iniciam-se com o simbolismo do corpo. Assim, todos têm uma imagem mental da própria aparência, que é algo mais que uma imagem no espelho, pode ou não se aproximar muito da aparência real; não só física, mas também fisiológica, sociológica e psicológica. Diante disso, a integração entre o corpo e o ego que começa a partir do nascimento é tão marcante que se faz impresso nos processos fisiológicos do organismo (37).

No processo de desenvolvimento psicosssexual, o indivíduo encontra o prazer no próprio corpo e as excitações são localizadas em partes desse corpo. O corpo é erotizado e há um desenvolvimento progressivo ligado às modificações das formas de gratificação e de relação com o objeto (38).

O entendimento psicanalítico do corpo a partir de uma transformação concebida como necessária, de um corpo biológico em um corpo erógeno, transformação essa marcada pela relação com os outros e pelo desejo dos outros. O corpo do indivíduo como uma organização de pulsões afeta e é afetado pelo outro, produzindo turbulências e transformações irreversíveis em cada um deles. A alteridade, essa condição de afetar e ser afetado, são referências a partir da qual a subjetividade se faz e se refaz permanentemente (39).

Quanto menos atenção se presta ao corpo e mantém com ele uma relação menos consciente, mais intensamente são levados a agir fisicamente. O

inconsciente não reage com as mesmas leis para todos e seu funcionamento deve também variar com as classes sociais; assim o desejo que premido pela percepção do corpo e da própria sexualidade pode sofrer alterações em função do fator econômico; por conseguinte a classe social determina os padrões do corpo, de comportamento e de sexualidade (40).

A sexualidade das mulheres é mais distribuída sobre o corpo e demonstra estar menos concentrada sobre os órgãos genitais do que a do homem, que é mais genitalizada. O fato de a mulher tender a desejar com o corpo inteiro possibilita ser mais seletiva, sente falta da relação sexual, mas não se escraviza, deseja uma relação que leve em conta o corpo e o psiquismo, como as zonas erógenas. Nas classes sociais, as mulheres que supervalorizam o corpo percebem uma sexualidade tanto em relação à beleza física como ao próprio desejo, enquanto que entre aquelas em que a visão do corpo é voltada para a força e produção, vivenciam a sexualidade erotizada pela reprodução (41).

Na sociologia, as relações das mulheres com o corpo assumem significados peculiares de acordo com a classe social, imputam não somente as diferenças econômicas, assim como as regras e valores que cada classe conduz na relação que os indivíduos mantêm como o seu corpo. As mulheres das classes socioeconômicas menos favorecidas tendem a fazer do seu corpo a máxima utilização e concentram nas experiências que têm de sua força física (41).

O significado do corpo para esse grupo divide-se em dois aspectos totalmente opostos. Um representa instrumento para a sobrevivência, onde

parece que a beleza não é o centro das preocupações, o corpo preferido é o forte, saudável e preparado para o trabalho, nesse caso, a gordura do corpo é associada à força e formosura. Outro significado demonstra um sentimento voltado para a opinião do outro e nota-se o pavor de não ter o corpo perfeito e angústia da rejeição do outro (40,41).

Nas classes baixas, quando as origens de suas doenças são recobertas por aparente hereditariedade, é percebida no sentido de estar enraizado no indivíduo, ou seja, é dizer que uma doença é própria do indivíduo, que será inevitável ter essa enfermidade (40).

Nessas classes, a inabilidade de transmitir as experiências vividas com as doenças, ou em relacionar as modificações sentidas através da percepção que tem de seu corpo, muitas vezes levam os membros a preferir relevar o problema de saúde a ter que enfrentar as dificuldades em exprimir e descrever ao médico os sintomas. O significado e a valorização do corpo para atividades laborais frequentemente as leva a se absterem de tratamento médico até que o corpo não tenha mais força para o trabalho (40).

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Aprofundar os conhecimentos sobre os significados psicossociais da perda urinária como atribuídos por mulheres incontinentes, de condições socioeconômicas desfavorecidas.

2.2. Objetivos Específicos

- Discutir os significados do corpo e a vivência da sexualidade de mulheres incontinentes.
- Discutir os aspetos psicossociais da vivência com a perda urinária e da não procura por ajuda.

3. Sujeitos e Método

3.1. Método Clínico – Qualitativo

Para atingir os objetivos propostos, empregou-se neste estudo o Método Clínico-Qualitativo, que abrange duas áreas de extrema complexidade: dos conhecimentos clínico-psicológicos das relações interpessoais e das concepções epistemológicas do método qualitativo da pesquisa desenvolvida a partir das ciências humanas, ou seja, método compreensivo/interpretativo. O método clínico-qualitativo permite que sentimentos e necessidades humanas sejam mostrados e compreendidos, privilegia a escuta da fala do sujeito com suas riquezas de expressões e entonações emocionais e permite a observação do comportamento através de sua linguagem não-verbal (42).

3.2. Técnica para coleta de dados

Para a viabilização do Método Clínico-Qualitativo foi empregada a Técnica da Entrevista Semidirigida de Questões Abertas. Essa técnica consistiu na utilização de

um roteiro/diário de campo, como instrumento auxiliar de pesquisa, elaborado especificamente para contemplar os itens sobre os significados da perda urinária na vida da mulher (Apêndice1) e para orientar uma ‘conversa com finalidade’ facilitando a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação (43).

A dinâmica da entrevista clínico-psicológica na pesquisa clínico-qualitativa caracteriza-se como um precioso instrumento de conhecimento interpessoal; a sua utilização, em profundidade e com observação ampla e livre, permite a obtenção de dados de natureza objetiva e subjetiva, como opiniões valores e atitudes dos sujeitos pesquisados (42).

A entrevista psicológica é entendida como um campo de trabalho no qual se institui uma relação entre duas ou mais pessoas, visa investigar a conduta e a personalidade dos seres humanos e obter dados completos de seu comportamento total, por meio da escuta e observação. O entrevistador deve permitir que esse campo de relação interpessoal seja prodominantemente estabelecido e configurado pelo entrevistado, e neste enquadramento, necessita considerar o seu papel e atitudes técnicas, assim como o lugar e o tempo da entrevista (44). Diante disso, as entrevistas deste estudo ocorreram na instituição, em local privado e tranquilo.

Para a coleta dos dados, a pesquisadora utilizou como instrumento auxiliar dois gravadores para registro das entrevistas, os quais proporcionaram maior liberdade para a formulação de perguntas complementares para atingir os objetivos propostos. A entrevista foi iniciada com uma pergunta disparadora: *“Fale-me como está sendo a sua experiência com a perda urinária”*, a qual teve

finalidade de desencadear a fala da mulher e possibilitou a expansão das manifestações dos sujeitos.

A coleta de dados foi realizada em partes distintas (Apêndice 1), assim dividida:

- Primeira parte – registro dos dados de identificação do sujeito: idade, escolaridade, situação conjugal atual, constelação familiar e número de filhos, salário atual e renda familiar, atividades de lazer/tempo livre, religião/religiosidade e tempo suposto de perda urinária.
- Segunda parte – entrevista psicológica gravada: perguntas sobre as significações psicossociais atribuídas às vivências e aos fenômenos relacionados à perda urinária.
- Terceira parte – registro em impresso de informações suplementares: explanação dos dados observados frente ao sujeito durante a entrevista e auto-observação do entrevistador. As anotações permitiram somar dados como entonação de voz, gestos, emoções e reações.

O instrumento técnico para as entrevistas foi testado, com entrevistas-piloto, antes de se iniciar a coleta de dados em campo natural, com a finalidade de aculturação e ampliação do domínio do assunto. As *entrevistas de aculturação* foram úteis para avaliar as atitudes em campo, do pesquisador, nestes encontros com os sujeitos, e refinamento da pergunta disparadora.

O registro da hora de início e fim da entrevista teve por finalidade identificar o tempo necessário para cada coleta dos dados. Essas entrevistas foram gravadas com intuito de melhor identificação das alterações necessárias.

O material colhido permitiu uma colocação mais pessoal dos sujeitos entrevistados, visto que a literatura aponta que as mulheres incontinentes sentem vergonha em relatar o seu problema.

A fase de aculturação foi interrompida após avaliação conjunta com os membros e pesquisadores do grupo de pesquisa a que o projeto está filiado. Nesta etapa foram realizadas três entrevistas, cujas características dos sujeitos corresponderam aos critérios de inclusão desse estudo. Ressalte-se que as entrevistas de aculturação serviram apenas para familiarização com o assunto a ser estudado, não sendo estas utilizadas na pesquisa.

3.3. Critérios de seleção dos sujeitos e fechamento do tamanho da amostra

Com o *recorte do objeto* deste estudo delimitado às vivências associadas à perda urinária entre mulheres trabalhadoras, pertencentes a um grupo socioeconômico menos favorecido e que nunca procuraram por tratamento médico, os sujeitos foram selecionados junto à comunidade.

Por ser tratar de pesquisa qualitativa, a *construção da amostra* se deu segundo a técnica da *bola-de-neve* (45), ou seja, o pesquisador iniciou uma entrevista com uma primeira mulher selecionada na comunidade, devido à vivência pessoal e pelas informações que esta detinha sobre o tema proposto. Por solicitação da pesquisadora, a entrevistada indicou uma segunda pessoa, dentre aquelas de seu convívio e conhecimento.

Em seguida, a pesquisadora fez contato por telefone com a finalidade de verificar se o sujeito indicado correspondia ao critério de inclusão. Quando a pessoa indicada não atendia a esses critérios, foi solicitada a indicação de um novo sujeito. Assim, sucessivamente, partiu-se para outros casos, privilegiando as indicações feitas pelos anteriores.

Para a viabilização da estratégia de captação de sujeitos para composição da amostra, os critérios de inclusão dos sujeitos foram: ser trabalhadora remunerada com atividade laboral que demandava esforço físico, como faxineiras, diaristas ou domésticas; ter sido indicada pelos próprios sujeitos da amostra, segundo a técnica de “bola de neve”; ter história pessoal de perda urinária, sem ter procurado tratamento para tal; ter idade entre 20 a 45 anos e escolaridade até o ensino fundamental completo. Assim sendo, a amostra foi composta por oito mulheres, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Características da amostra: sociodemográfica e tempo de perda urinária. Campinas, 2009.

Sujeitos	Idade	Anos de estudo	Renda familiar*	Membros na família	Nº filhos	Situação marital	Religião	Tempo de IU
S1	38	07	2,6	04	02	Casada	Católica	07 anos
S2	45	04	1,1	04	02	Casada	T. Jeová	12 anos
S3	41	05	3,1	05	03	União estável	Católica	23 anos
S4	30	08	Não fixa	01	03	Solteira	Nenhuma	09 anos
S5	35	08	3,9	06	03	União estável	Católica	10 anos
S6	36	00	Não fixa	11	04	União estável	Católica	06 meses
S7	39	05	4,5	04	02	União estável	Evangélica	05 anos
S8	34	04	1,8	04	02	Casada	Nenhuma	05 meses

*Renda Familiar em salários mínimos – 1 salário mínimo = R\$465,00, valor vigente em 01/fev/2009.

O *tamanho da amostra* foi estabelecido pelo critério de ‘amostragem por saturação’ (46) das informações colhidas, foram incluídos e reunidos pelo critério de homogeneidade ampla e coletados até as respostas de novos informantes tornarem expressamente repetitivas na avaliação do pesquisador, ou seja, foi fechado quando novos dados não mais contribuíram significativamente para a revisão das hipóteses iniciais do projeto (43). Para obter esse ponto, a pesquisadora realizou a análise dos dados progressiva e simultaneamente à sua coleta.

3.4. Técnica de tratamento e análise dos dados

Os dados foram tratados pela Técnica de Análise Qualitativa de Conteúdo (43,47), através da análise temática, ou seja, os temas ou unidades de significados foram agrupados como definidores do discurso a partir da presença destes temas significativos e a seguir, identificados os valores de referência e os modelos de comportamento presentes nos discursos (43).

Para o tratamento dos dados, a coleta e a análise aconteceram simultaneamente, o que permitiu ter uma clara idéia dos dados coletados, de como estes se agrupam em unidades de sentido e quando começaram a se repetir as informações. Para tanto, seguiram as seguintes fases (42):

- Preparação inicial do material: transcrição da entrevista gravada e das anotações de campo.
- Pré-análise: as entrevistas foram ouvidas e lidas na busca do não dito dentre as palavras e ouvidas e relidas várias vezes para ‘impregnação do seu conteúdo’.

- Categorização: os assuntos foram agrupados por relevância e/ou repetição em grandes temas, transformando os dados brutos em organizados e lapidados. Extraídas cinco categorias para este estudo: (1) Um corpo que vaza; (2) Uma sexualidade interrompida; (3) Um assunto velado; (4) Uma vivência solitária e (5) O não dito é o “mal-dito”.
- Validação: as categorias e as falas selecionadas passaram por supervisão do orientador e discussão com os membros e pesquisadores do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, grupo de pesquisa no qual foi desenvolvido o estudo.

3.5. Referenciais teóricos

Visando à compreensão dos significados atribuídos pelas mulheres entrevistadas sobre as questões pertinentes à vivência com a perda urinária, foi baseado em referenciais psicodinâmicos e psicossociais. A contribuição do referencial psicológico/psicanalítico se deve ao fato de apresentar-se como uma prática que pretendem falar do homem enquanto ser singular e constitui um dos exercícios mais eficazes de escuta do discurso individual (48). Somando-se a isso, o elemento sociológico partiu dos pontos de vista social e de gênero na relação entre o corpo, sexualidade e o sistema econômico (41).

Para a análise dos dados nos recursos psicossociais e psicodinâmicos, na construção da concepção aplicada às dinâmicas das relações (42), foram utilizadas as obras de acordo com os temas que emergirem, bem como textos consagrados nas áreas sociais e de psicologia.

3.6. Aspectos Éticos

Para a realização deste estudo foram obedecidas as normas preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (49). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (Anexo 1) da FCM/UNICAMP (protocolo nº 820/2007). A participação do sujeito ocorreu mediante a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), após o pesquisador responsável esclarecer objetivo, justificativa, procedimentos e garantia do sigilo da fonte de dados, assim como das dúvidas surgidas.

Os dados de identificação do sujeito foram preenchidos na folha questionário, referidos por iniciais do nome e número de acordo com a ordem da entrevista. Foram omitidos os nomes das participantes nas transcrições formais das entrevistas.

A colaboração da presente investigação se deu através de entrevista psicológica, constituída de contato que se iniciou e findou em um único enquadre. No entanto, considerando que a pesquisadora apresentou-se como profissional da área da saúde foram necessárias algumas demandas de orientação, sendo adotado procedimento de esclarecimentos de dúvidas e orientações, no sentido de buscarem ajuda/tratamento na unidade básica de saúde.

4. Publicações

Artigo 1 - Higa R, Lopes MHBM, Turato ER. **Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review.** Rev. Latino-Am.

Enfermagem, 16(4): 779-786. Ribeirão Preto, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/20.pdf>

Artigo 2 - **Meanings of the body and the sexuality attributed by Brazilian women with urinary incontinence.**

Higa R, Nogueira SC, Santos SN, Lopes MHBM, Turato ER.

Artigo submetido à revista Journal of Clinical Nursing.

Artigo 3 - **Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária.**

Higa R, Rivorêdo CRSF, Campos LKS, Lopes MHBM, Turato ER.

Artigo submetido à revista Texto e Contexto em Enfermagem.

Artigo 4 - **The not-said is the 'badly-said': Meanings for women's silence about their urinary incontinence**

Higa R, Chvatal VLS, Schwartzmann M, Lopes MHBM, Turato ER.

Artigo aguarda submissão à revista Nursing Research.

4.1. Artigo 1 – Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review

Revista Latino-Americana de Enfermagem

versão impressa ISSN 0104-1169

Rev. Latino-Am. Enfermagem v.16 n.4 Ribeirão Preto ago. 2008

doi: 10.1590/S0104-11692008000400020

ARTIGO DE REVISÃO

Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review

Rosângela Higa^I; Maria Helena Baena de Mores Lopes^{II}; Egberto Ribeiro Turato^{III}

^IRN, Campinas State University, doctoral student, e-mail: rosangelahiga@bol.com.br

^{II}RN, Free Lecture, Associate Professor, e-mail: mhbaena@fcm.unicamp.br

^{III}Physician, Free Lecturer, Faculty, e-mail: erturato@uol.com.br.

School of Medical Sciences, University of Campinas, Brazil.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to identify and analyze studies in health literature about the psychocultural meanings reported by women Who experience urinary incontinence (UI). A bibliographical search was executed in the following databases: Lilacs, Medline, Pubmed and Medscape. The present review showed that studies note several meanings. The articles were grouped in three categories defined as significant: according to age experiences, cultural-religious experiences and experiences in self-care. The studies revealed that the degree of anguish and the range of the difficulties experienced are related both with age, ethnic group or religion and with the perception each individual has of her incontinence, which will lead to different levels of emotional disorders and to seeking (or not seeking) treatment. Besides, barriers regarding self-care are perceived. It is concluded that the UI may cause suffering and incontinent women have difficulties to deal with this problem.

Descriptors: nursing; women's health; urinary incontinence; review literature; psychosocial impact

INTRODUCTION

Urinary incontinence (UI) affects the world population, especially the female population: One out of five women has already experienced symptoms of this disease⁽¹⁾. In women, UI may occur more frequently due to: stress urinary incontinence, i.e., exerting pressure on the abdominal region, sneezing, coughing, laughing or doing sports; in cases of overactive bladder, with urge-incontinence, it occurs with a strong, uncontrollable urge to urinate, with a high chance of losing urine if a restroom is not found; and mixed incontinence, when there is loss of urine associated to both situations, i.e. it is preceded by efforts and symptoms of urgency⁽²⁾.

The occurrence of urinary loss in these situations implies psychosocial consequences that are more devastating than physical health sequelae, with multiple and widespread effects that restrict daily activities, social interaction, the self-perception of the state of health and quality of life for the incontinent woman, when compared with a continent. Considering people over 60 years old, according to the evaluation of quality of life measured by the *Incontinence Impact Questionnaire* (IIQ), emotional factors were shown to be the most affected. Nearly one third of the respondents mentioned nervousness, shame or frustration because of their UI; the social dominance and fear of the odor scored as highest impact⁽³⁾, since urinary loss restricts contact with co-workers⁽⁴⁾ and physical proximity with people in general⁽⁵⁾.

Incontinence affects people of all ages, regardless of socioeconomic and cultural conditions, and it frequently affects the groups with more limitations in the search for help more intensely, such as elderly or physically disabled people. Since it is one of the so-called silent problems in Geriatrics, caused by the physiological decline of the elderly person, it can influence a certain lack of interest by healthcare professionals⁽⁶⁾, particularly nurses, who, in turn, base themselves on old myths and stereotypes, such as the belief that the elderly accept UI as a natural consequence of their advancing age⁽⁷⁾. Consequently, it can also influence the validity of investing in UI treatment for people in this age range⁽⁶⁾.

Such factors may lead the nurse to an incorrect evaluation of the care for incontinent elders, both in the identification of the problem and its handling. The conflict of establishing clinical priorities for the nursing team, as well as educational deficits for UI, is mentioned as a barrier to promote continence. Therefore, the professional team needs to be aware of the impact of not treating UI for the elderly, and should then promote the state of continence and develop strategies for the containment of urinary loss⁽⁷⁾.

Since this is a delicate problem, often hidden because the symptoms are disregarded due to lack of knowledge or shame, the fact suggests that this is a "hidden" problem, underestimated both by the carrier and by nurses and other healthcare professionals. Knowledge about the impact of UI in the population, its types and causes, are fundamental aspects to be considered when evaluating the problem and, consequently, when diagnosing appropriate actions⁽⁶⁾.

In view of what was exposed about this urinary dysfunction, the need to analyze studies involving narratives of women with UI is considered a priority and relevant to understand their experiences, as well as emotional reactions associated to episodes of urinary loss and the meanings related to the phenomenon. Thus, important contributions will be gathered so that healthcare professionals can improve their psychological focus and the interest in further knowledge about the topic.

The authors understand that studies performed with women suffering from UI are tools to evidence views and feelings of incontinent people about their problem and their attitudes in the face of urinary loss. Therefore, the goal of the present study was to identify and analyze healthcare literature studies about the psychocultural meanings reported by women experiencing UI.

METHOD

This is a literature review, aiming to gather and synthesize existing knowledge about the proposed topic: the meanings of UI for women. The reviews were carefully developed, since the amount of studies about the topic considered here is not large.

To support the discussion, a literature review was performed in the following databases: Lilacs (Latin-American and Caribbean Literature in Healthcare Services), Medline (International Literature in Healthcare Sciences), Pubmed and Medscape. Articles were selected by using the keywords *urinary, incontinence, female, qualitative study and quality of life* according to the authors' methodological option. Regarding the objects of study, the articles selected should have been written in Portuguese, Spanish or English, and published after 1990.

The results of the electronic searches were evaluated and selected to retrieve articles considered relevant and exclude those of lesser academic importance in the authors' view. Four stages were then performed: (a) selection of the articles in the chosen databases and, based on their titles, inclusion and analysis of the texts that referred to UI in women, excluding those focusing on UI in children and men; (b) selection of the articles by carefully reading the abstracts, with the studies being done under a qualitative methodological focus, i.e. those covering the reported experiences and restrictions caused by urinary loss. Articles with an epidemiological focus, instrument validation and evaluation of quality of life using scales were excluded. (c) When looking for integral articles for the location of the publications, the following resources were used: the bibliographic commuting service and the archives of the library of the Faculty of Medical Sciences at the University of Campinas (UNICAMP), searches in Capes' Portal of Journals through the search engine of the Electronic Library of Unicamp and the *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); and (d) critical evaluation of the articles, after reading them integrally. Seventeen studies were therefore included in a final analysis, performed with a qualitative focus, as well as two recent Brazilian journals, whose fundamentals and argumentation matched the proposed theme and complemented the relevant themes of the qualitative approach. Finally, 19 bibliographic references were considered pertinent for this article.

After re-reading the *corpus* (the full set of collected material), studies were observed to point out a variety of meanings, as expected from research results in Humanities. The data were analyzed according to the results that emerged in

the published studies and grouped in categories/topics. Aiming to understand the meanings the women attributed in issues related to their experience with urinary loss, the data analysis was based on psychosocial references.

The categorization of the studies consisted in the definition of the information, taking into account the experiences reported in the qualitative studies, grouped by thematic relevance; occasionally in the repetition of the addressed topic, as well as the clinical experience of the research professionals' theoretical knowledge. The studies gathered were grouped in three categories, seen as prominent: (1) Experiences according to age range; (2) Cultural-religious experiences and (3) Experiences related to self-care. Table 1-

EXPERIENCES ACCORDING TO AGE RANGE

Nowadays, the UI experiences of older women are investigated more often, probably due to its high prevalence after the menopause, although psychosocial alterations seem to be expressive in all age ranges. The symbolic aspects, however, are shown to be different according to the age range and particularities of UI.

For women over 60 years old, the feelings of urinary loss come about built and "negotiated" as a result of individual and shared experiences⁽⁸⁾; they are associated with the idea that this is an inevitable phenomenon, a consequence of advancing age and an implication of the amount of children delivered. The women describe incontinence as a *degenerative* process⁽⁹⁾, and a condition inherent to their life history⁽⁸⁾.

Table 1 – Publications according to the title of the article, the method used, themes addressed, journal and year of publication, 2007

Title of the article	Method	Approach	Journal	Year
1. Discovering older women's experience of urinary incontinence	Qualitative study; semi-structured interview; content analysis	Age range Self-care	Research Nursing & Health	1991
2. The meaning of incontinence: a qualitative study of non-geriatric urinary incontinence sufferers	Qualitative study; semi-structured interview; psychological analysis	Age range Cultural-religious	Journal of Advanced Nursing	1993
3. General practitioners and women with urinary incontinence	Qualitative study; semi-structured interview; thematic analysis; purposeful sampling.	Self-care	British Journal of General Practice	1998
4. Response to urinary incontinence by older persons living in the community	Qualitative study; semi-structured interview; thematic analysis; ethnographic software.	Self-care	Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing	1998
5. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms	Qualitative study; semi-structured interview; thematic analysis; random sample.	Age range Cultural-religious Self-care	Family Practice	2001
6. Pakistani women's perceptions and experiences of incontinence	Qualitative study; semi-structured interview; content analysis	Cultural-religious Self-care	Nursing Standard	2001
7. What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services.	Qualitative study; semi-structured interview; content analysis; purposeful sampling.	Self-care	Family Practice	2004
8. Developing a cultural model for long-term female urinary incontinence	Qualitative study; semi-structured interview; cultural model analysis	Age range Cultural-religious Self-care	Social Science & Medicine	2006
9. Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people? An exploratory study	Qualitative study; focus group; content analysis; purposeful sampling.	Cultural-religious	Journal of Clinical Nursing	2006
10. Female urinary incontinence in China: experiences and perspectives	Qualitative study; semi-structured interview; interpretative phenomenological analysis.	Cultural-religious Self-care	Health Care for Women International	2006
11. Urinary incontinence restrictions in women's life	Quantitative study; structured interview; descriptive analysis.	Age range Self-care	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2006
12. Urinary incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment	Qualitative study; semi-structured interview; thematic analysis; sampling by saturation.	Cultural-religious Self-care	British Journal of General Practice	2006
13. Chinese women's experiences in coping with urinary incontinence	Qualitative study; semi-structured interview; content analysis; purposeful sampling.	Cultural-religious	Journal of Clinical Nursing	2007
14. Coping with stress incontinence: women's experiences of everyday incontinences	Qualitative study; semi-structured interview; content analysis; purposeful sampling.	Self-care	International Journal of Urological Nursing	2007
15. Culturally sensitive continence care: a qualitative study among South Asian Indian women in Leicester.	Qualitative study; focus group; systematic and iterative analysis; purposeful sampling.	Cultural-religious Self-care	Family Practice	2007
16. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behavior for long-term urinary incontinence	Qualitative study; phenomenological hermeneutics; semi-structured interview; psychosocial analysis; purposeful sampling.	Age range Self-care	Scandinavian Journal Caring Science	2007
17. Silent no more: elderly women's stories of live with urinary incontinence in long-term care	Qualitative study; semi-structured interview; thematic analysis;	Self-care	Journal Gerontology Nursing	2007
18. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel	Quantitative study; structured interview; descriptive analysis; purposeful sampling.	Age range Self-care	Revista Brasileira de Enfermagem	2007
19. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is	Qualitative study; phenomenological hermeneutics; semi-structured interview; psychosocial analysis;	Cultural-religious	Journal of Clinical Nursing	2007

Among young and middle-aged women (under 50 years old), the problem is perceived as a *personal dysfunction*, with a loss of the healthy properties of the body, thus facing a significant difficulty in coping with the disease. Because they consider UI a taboo, they see this phenomenon as unacceptable for social life and feel socially despised and guilty in the face of a consequent repulsive reaction from the group and abandonment by a part of society⁽¹⁰⁾.

Elderly women explained that accidents or other problems related to UI were a threat to their self-esteem, with this threat encouraging them to develop efficient systems of care for continence, which helped to protect their self-esteem. If they succeeded, they could possibly accept UI and lead a "normal" lifestyle⁽¹¹⁾.

Some of the younger women reported experiencing the characteristic feelings of the urinary symptoms with indifference, or even underestimating them. It is remarkable that they are able to keep *normality*, since there seem to be negative defensive responses, because it involves a large adjustment of efforts with behaviors that are characteristic of continent people, and they frequently do not follow the rational pathways to cope with the problem⁽¹⁰⁾.

The lack of control over UI during social activities is shown to be present, with evidence of psychological implications in leisure, professional and family life. Women mention the fear of losing their jobs or changing their work functions because of labor restrictions, causing limitations in activities that demand physical effort, and constant interruptions to go to the restroom because of higher micturition frequency⁽⁴⁻⁵⁾. For elderly women, the fear of the odor was shown to have a high impact on social restrictions, with the most affected practices being going to places where there is no restroom and taking longer trips⁽⁵⁾. Among the younger women, besides the aforementioned complaints, they report shame when this "disgrace" happens in public, especially in social events with friends and during sports practice⁽⁴⁻⁵⁾.

Since beauty care is applied to the body in the frequent idolatry of physical shape, added to the fact that women usually tend to desire with their *whole bodies*, with sexuality distributed across the whole body and not centered only in

the genital organs⁽¹²⁾, urinary loss restricts sexual interaction, since they imagine themselves as unattractive. For young women, this would point to an "early old age", which they normally tend to abhor, feeling shame in the face of clear evidence of loss of self-esteem, highlighted by the fear of rejection in sexual activity due to incontinence, guilt about not feeling desire or pleasure and about losing urine during the orgasm⁽⁵⁾. The impact of UI was felt in intimate relationships: sexual life was inhibited due to its lack of spontaneity, needing to be planned, interfering in the sexuality of the women and their partners⁽¹³⁾.

The several aspects mentioned by the women are related to the psychodynamic and cultural meanings attributed to the body. Body-related meanings change with age, since elderly women saw UI as a natural condition of aging. Among the younger women, it seems to mean *loss of control* over the body. Feelings, statements and practices were observed to be associated to the body, embedded in interpersonal relations that alter the emotional aspects of incontinent women.

CULTURAL-RELIGIOUS EXPERIENCES

Literature points more frequently to studies performed with western women, especially in the United States and Europe. Among those who studied women from Morocco, Turkey, Pakistan and India, the population was constituted by immigrants living in European countries⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. There seem to be similarities in the psychological meanings of UI for women living in different cultures, ethnic groups and social conditions; however, regarding religious practices, the experiences of incontinent women can interfere with following some religions⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

When searching for studies about reports of eastern women experiencing UI, the psychosocial aspects indicated that cultural differences do not change the meanings of urinary loss, since there were similarities between narratives of western and eastern women. Like women from American and European countries⁽⁷⁻¹¹⁾, the body was experienced as being uncontrolled; insecurity, despair and powerlessness were experienced when the women could not control the accidents, leading to feelings of helplessness and anguish⁽¹⁷⁾.

Chinese women reported feelings of guilt, loneliness and emotional isolation⁽¹⁸⁾, described a personal loss of control every time they wetted themselves with urine, felt stressed when it occurred in public, and in front of friends. The feeling of shame and humiliation was higher than fear⁽¹⁹⁾. For the Indian women living in Leicester, UK, it is possible that social stigmas from the southern Asian population contribute to the difficulty they may have to discuss continence-related care with other people⁽¹⁴⁾.

In the subgroup where the religious identity was analyzed, such as Islamic or Jewish, urinary loss becomes a problem in the following of religious precepts⁽¹⁵⁾. For some Muslim women, being a UI sufferer means having to be reserved, isolated and with feelings of low self-esteem⁽¹⁶⁾. Similar to what happens to Jewish women, incontinence for the Muslim women led to the limitation of religious life, related to the need of cleanliness for the practice of prayer⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

However, Muslim women resort to prayers to minimize their anguish, but this comfort may be denied due to being unclean, therefore increasing their stress⁽¹⁶⁾. Losing urine would represent a sinful and unclean phenomenon, experiencing personal cleanliness as a heavy burden, since they feel physically dirty when urinary loss occurs, and the ritual of cleaning is needed more frequently so that they can keep themselves clean⁽¹⁵⁾. Experiencing incontinence during the cleansing ceremony makes them feel filthy and impure because, after the body cleaning, it becomes indispensable to repeat prayers before restarting the cleansing rituals⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

EXPERIENCES REGARDING SELF-CARE

Women frequently disregard symptoms when the disturbances caused by incontinence are small; they feel ashamed when they have to report their problem to a professional, omit the fact in family life and generally suffer in silence⁽⁴⁾.

For some women, the meaning of valuating a body that is strong and healthy induces a certain resistance to pain, and it frequently becomes a determining factor for not seeking a medical appointment. Often, they expect the disease to reach such an intensity that it would impede the normal use of the body, to the

extent that the problem is disregarded due to the difficulties that they face when exposing and describing the symptoms to the physician⁽²⁰⁾.

Embarrassment and shame, associated to the lack of knowledge and understanding about incontinence as a disease, and experiencing different meanings or urinary loss for each person generate multiple ways of self-care, disregarding the help of a healthcare professional. Elderly people, even those who regularly see healthcare professionals, rarely speak about their urinary loss, probably due to shame or to the erroneous conception that it is not a health problem^(8,18). Among those who believe that UI is an irreversible problem and a consequence of aging, there seems to be a better acceptance of the symptoms. Although there are social and psychological costs, sometimes even for their own physical health, success in strategies utilized to minimize incontinence also contributes to make them not reveal the problem to others⁽²¹⁾.

The interferences of UI in the restriction of younger women's everyday activities do not seem to have an expressive meaning in the search for self-care to solve the problem⁽¹³⁾, with the psychological factors drawing attention when they react to urinary loss with apathy or when they abstain from rectifying actions⁽⁹⁾. Others experience urinary loss as a taboo, try to manipulate incontinence in different ways, recover the power over their uncontrolled body and continue living normally⁽¹⁷⁾.

For the immigrant Muslim women living in European countries, inhibitions and limitations of language prevent them from clearly reporting their condition to the healthcare professionals and completely understanding the orientations they receive, which suggests that inadequate care may be adopted⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. The inhibitions may be reduced when treated by a female healthcare professional. These women cope with urinary loss by sharing the problem with other women, and then develop strategies to live with incontinence, such as trying to reduce the incidence by managing the episodes^(16,18). Deficiencies in seeking help also seem to be related to a lack of knowledge about their own anatomy, physiology and available treatments⁽¹⁵⁾.

On the other hand, the attitude of some healthcare professionals may cause inhibition and prevent the woman from expressing her complaints during an appointment, in the same way that it is necessary to understand the cultural and religious identities of the population receiving care. The attitudes and practices of these professionals are strong barriers for people to seek counseling or help. If the professionals asked the women about their urinary symptoms regularly, they would probably verbalize them and seek help more often⁽²¹⁻²²⁾.

Elderly women with UI living in long-term stay institutions reported common concerns in their experiences with urinary loss, and they report that the institutional culture can influence changes in nursing practice related to individual care, suggesting opportunities to provide health education measures related to quality of life⁽²³⁾.

People who seek the help of healthcare professionals desire more information about the causes, treatments and mechanisms to deal with the problem. Women request better interaction with these professionals, and the need for discussion and further knowledge about the topic was identified⁽²⁴⁾. The way of performing this communication is reported as a priority for the diagnosis and establishment of bonds and empathy to seek and determine the most appropriate educational method to facilitate comprehension, and thus compliance with the treatment⁽²⁵⁾.

It is necessary, especially for healthcare professionals, to make more efforts in order to know what each person feels about her condition, how she deals with the problem in her day-to-day activities and how she is ruled by the symbolic meanings of this phenomenon.

The personal and healthcare professionals' barriers women faced when they sought help encourage the improvisation of means for the adaptation of urinary loss, often inadequate or even inefficient. Women adopt self-care measures as a way to minimize urinary loss, although they acknowledge that many are harmful to their health, such as the continuous usage of absorbent pads and hydric restriction, which may trigger dermatologic problems and urinary infections^(4,5,21).

FINAL CONSIDERATIONS

An important result in the healthcare and biomedical literature review was the evidence that the studies published about urinary incontinence, in general, offer few references to reports collected with women about how distressing this disease is and the many consequent psychosocial problems, since wetting oneself with urine is a very embarrassing personal experience.

The studies considered here reveal that the degree of distress experienced and the range of difficulties are not only related to age, ethnicity or religion, but also with the responses of each person and *how* each individual perceives her incontinence, since the meanings given to healthcare problems structure our lives. It is known that responses with different degrees of emotional disorders in the face of this urinary problem can shatter the confidence and respect one has for oneself, and prevent them from seeking help.

Regarding the implications for nursing practice, these results can be used as a guideline for procedures that will lower or eliminate the barriers perceived in self-care maintenance, facilitate the execution of interventions to reduce urinary loss and promote continence, with the necessary educational focus that favors open discussions, during which women can report and share their experiences and feelings.

REFERENCES

1. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Overview: urinary incontinence in adults clinical practice guideline update, Rockville, MD. March 1996. [Acesso em 02 agosto 2003]. Disponível em: <http://www.ahcpr.gov/clinic/uioverview.htm>. [Links]
2. Abrams P, Cardoso 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. *Urology* 2003; 61:37-49. [Links]

3. Teunissen D, Van den Bosh W, Van Weel C, Lagro-Janssen TA. It can always happen: the impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24(3):166-73. [[Links](#)]
4. Higa R, Lopes MHBM. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(2):213-6. [[Links](#)]
5. Lopes MHBM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(1):34-41. [[Links](#)]
6. Rodrigues RAP, Mendes MMR. Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet]. 1994 Jul [citado 2007 Jul 30]; 2(2): 5-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v2n2/v2n2a02.pdf>. [[Links](#)]
7. Dingwall L, McLafferty E. Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people? An exploratory study. *J Clin Nurs* 2006 Oct; 15(10):1276-86. [[Links](#)]
8. Bradway CW, Barg F. Developing a cultural model for longterm female urinary incontinence. *Soc Sci Med*. 2006; 63(12):3150-61. [[Links](#)]
9. Shaw C, Tansey R, Jackson C, Hyde C, Allan R. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Fam Pract*. 2001 February; 189(1):48-52. [[Links](#)]
10. Ashworth PD, Hagan MT. The meaning of incontinence: a qualitative study of non-geriatric urinary incontinence sufferers. *J Adv Nurs* 1993; 18(9):1415-23. [[Links](#)]
11. Dowd TT. Discovering older women's experience of urinary incontinence. *Res Nurs Health*. 1991 June; 14(3):179-86. [[Links](#)]
12. Muraro RM. Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social da mulher brasileira. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 1996. [[Links](#)]
13. Hägglund D, Wadensten B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behavior for long-term urinary incontinence. *Scand J Caring Sci* 2007; 21:305-12. [[Links](#)]

14. Doshani A, Pitchforth E, Mayne CJ, Tincello D. Culturally sensitive continence care: a qualitative study among South Asian Indian women in Leicester. *Fam Pract.* 2007; 24:585-93. [[Links](#)]
15. Van den Muijsenberg ME, Lagro-Janssen TA. Urinary incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment. *Br J Gen Pract.* 2006 December; 56(533):945-9. [[Links](#)]
16. Wilkinson K. Pakistani women's perceptions and experiences of incontinence. *Nurs Stand.* 2001 October 17-23; 16(5):33-9. [[Links](#)]
17. Hägglund D, Ahlström G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs.* 2007 October; 16(10):1946-54. [[Links](#)]
18. Komorowski L, Chen B. Female urinary incontinence in China: experiences and perspectives. *Health Care Women Int* 2006 February; 27(2):169-81. [[Links](#)]
19. Li FLW, Low LPL, Lee DTF. Chinese women's experiences in coping with urinary incontinence. *J Clin Nurs.* 2007 March; 16(3):610-2. [[Links](#)]
20. Boltanski L. *As classes sociais e o corpo.* 3 ed. São Paulo: Editora Paz e Terra; 2004. [[Links](#)]
21. Horrochs 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 December; 21(6):689-96. [[Links](#)]
22. Grealish M. General practitioners and women with urinary incontinence. *Br J Gen Pract* 1998 February; 48:975-8. [[Links](#)]
23. MacDonald CD, Butler L. Silent no more: elderly women's stories of live with urinary incontinence in long-term care. *J Gerontol Nurs* 2007 January; 33(1):14-20. [[Links](#)]

24. Li FLW, Low LPL, Lee DTF. Coping with stress incontinence: women's experiences of everyday inconveniences. Int J Urological Nursing 2007; 1(3):112-9. [\[Links\]](#)
25. Cochran A. Response to urinary incontinence by older persons living in the community. J Wound Ostomy Continence Nurs 1998; 25(6):296-303. [\[Links\]](#)

Recebido em: 23.9.2007

Aprovado em: 16.6.2008



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo

Av. Bandeirantes, 3900

14040-902 Ribeirão Preto SP Brazil

Tel.: +55 16 3602-3451

Fax: +55 16 3633-3271



rlae@eerp.usp.br

4.2. Artigo 2 – Meanings of the body and the sexuality attributed by Brazilian women with urinary incontinence

Rosângela Higa; Silvia Cordeiro Nogueira; Shirley Nunes dos Santos; Maria Helena Baena de Moraes Lopes; Egberto Ribeiro Turato

Abstract:

Aim: To discuss on the meanings associated with the body and experience of sexuality reported by Brazilian women with urinary incontinence.

Background: Female UI is a delicate problem that acquires emotional particularities with the lived experience. Psychosocial implications of the UI affects on the physical and mental health and loss of quality of life.

Design: Qualitative study

Method: Eight women with UI, with a low socioeconomic profile, aged between 30 and 45 years, and never seek treatment were interviewed. The data were interpreted using the thematic content analysis technique and psychodynamic referential.

Results: The women's experiences of living with UI are presented in two categories: (1) A body that leaks: They report the current body image is marked by lack of physical and emotional control, worn by time and motherhood, which left marks that growing old prematurely. (2) An interrupted sexuality: They need a sexually active life, but UI causes a constant unsatisfied desire, since they experience incontinence as something that blocks sexual pleasure. The sexual intercourse occurs unwanted, as a body directed to their partner desire.

Conclusions: The women with UI, young and in a reproductive age, reported life experiences that indicated feeling powerless and rejection of your current body. They showed an uncontrolled body and experienced the orgasm interrupted by urinary loss with the sexuality passive to the desire of their partner.

Relevance to clinical practice: Health professionals should consider the emotional aspects of body and sexuality in urinary loss when choosing an approach and treatment for women with UI, with a view to improve their quality of life.

Introduction

Urinary incontinence (UI) causes psychosocial implications with extensive consequences on the individual's physical and mental health; it limits everyday activities and social interaction, and affects one's self-perception regarding health and quality of life (AHCPR 1996).

Female UI is a delicate problem, often covered by the disregard to the symptoms, lack of knowledge or shame (Tunissen *et al.* 2006). These women acquire emotional particularities with the lived experience; differences related to the meanings attributed to the body changes, which the women associate with feelings, discourses, and attitudes in interpersonal relationships (Higa et al. 2008).

The body image of women with UI can change due to the body alterations caused by restrictions to physical and social activities. This is evidenced by the fact that when women improve urinary control, they often look more in the mirror and use tighter, shorter and colorful clothes (Caetano et al 2009). Considering that body image comprehends the concept of integration between biological and psychic thinking, it includes not only the image that we have of ourselves in a physical way, but also in a physiological, sociological and psychological way (Schilder 1950).

In addition, feelings of shame, morality criteria and cultural influence affect how individuals learn habits of body care. Individuals who pay less attention to their bodies have a less conscious relationship with it. The desire caused by the self-perception of the body and by sexuality itself can change as a result from the economical factor; therefore social class determines body, behavior and sexuality standards (Botanski 2004).

Similarly, for Brazilian women, sociocultural rules and values, associated to economic differences, determine the relationship that they maintain with their body. In this way, sexuality is also a cultural, social, and emotional construction that depends on socialization; a socially and culturally determined historical construction, in which attributions and meanings of the lived experiences and practices are learnt (Muraro 1996).

According to psychoanalytic concepts, Freud (1915) distinguished two types of human impulses: sexual and self-preservation. The latter has a specific objective

and cannot be suspended for long without becoming a threat to one's life. Sexual impulses have, in addition to self-preservation, an amount of libido (desire) which eroticizes one's relationship with the object (mother or another).

The pathway pursued by sexual impulses during psychosexual development divides them into phases according to the body region in which the energy is concentrated: oral, anal, phallic and genital (puberty); and "these phases never occur in a clear way and following a specific age chronology. There is always a clear interpenetration of phases, which increases as individuals become closer to the genital phases" (Kusnetzoff 1982, p.30). These phases of development will provide the support of the subject's subjective development and the integration between impulses and the body.

Furthermore, a review of studies performed with women of different nationalities and religious beliefs showed that in episodes of urinary loss the degree of distress and the amplitude of difficulties ranged in agreement with the women's cultural meanings and their body and sexuality experiences. This generated reactions with different levels of emotional disorders, affecting the women's self-confidence and self-respect (Higa *et al.* 2008). Few studies have reported the experiences of Brazilian women with incontinence. One study describes that feelings of constraint, humiliation and shame are caused by the judgment of others, and are triggered by another person's opinion under a view of a social control of their eliminations (Borba *et al.* 2008).

Therefore, we presuppose that Brazilian women experience emotional disorders resulting from the changes to their body image and sexuality due to their experience of urinary loss. We hence propose to discuss on the meanings associated with the body and lived sexuality as reported by Brazilian women with incontinence complaints.

Method

The present study complied with the recommended norms for studies performed with human beings and was approved by the University Research Ethics Committee. We used the clinical-qualitative method, which is a specific

particular version of the qualitative method specifically focused on the relationship of a determined problem on the health-disease area (Turato 2003).

To compose the sample according to the snowballing technique (Marshall 1998): a first subject was contacted in the community and invited to participate in the study. The first subject recommended the second, the second recommended the third, and successively. When new data no longer offered significant contributions to review the initial objectives of the study, the saturation criterion guided the sample closing (Muchielli 1990). To identify the data saturation, a progressive analysis was performed during data collection.

The sample consisted of eight women who had a history of any involuntary loss of urine and never received treatment, who worked with house cleaning, age between 30 and 45 years, with an average of five years of education (range: 0-7 year), living with families of a maximum 11 members and with family income of 4.5 Brazilian minimum salary (US\$ 900 - Feb/2009).

Semi-directed interviews with open questions were performed individually, recorded and fully transcribed. The women's experience in incontinence was addressed through interviews that opened with the following statement: "Tell me about how the urinary loss experience was for you".

The technique of thematic content analysis (Bardin 1977, Minayo 2007) and readings of the *corpus* of the interviews allowed for creating two categories: (1) a body that leaks (2) an interrupted sexuality. Both categories were validated by researchers of the Clinical-Qualitative Research Laboratory at the University. Data analysis was founded on psychodynamic approaches, i.e., based on the understanding of the dynamic processes, the hypotheses that what people say and do have a meaning; that there are standards for people's behaviors, which can be identified and observed based on the report of the individual's life, on the symbolic comprehension about the nature and the extension of the underlying conflict, in addition to all the emotions that are involved (Eksterman 1994).

Results

The imminent perception of their inability to control urine elimination appears to have risen, become conscious during the interview; the women realized it was a real health problem and the cultural gender-related issues, such as being a young women in her reproductive age, appears to have influenced the meanings of the experiences of body and sexuality, which will now be discussed.

1. A body that leaks

The chance of becoming wet with urine causes certain uneasiness in view of the possibility of their incontinence being exposed to others. It was observed, through the statements, that incontinence causes apprehension in adult women.

If I suddenly want to go somewhere, do something, I keep thinking... When I feel like coughing, some pee might leak, I'll get wet! (S5)

For these women, loosing urine means a particularity that awakens feelings that set them apart from other women, i.e., they experience the urinary problem as a body “defect”, the shame they feel when they realize there has been urine loss recalls childhood experiences, when they did not control their sphincters. Think about it, you are smiling and pee is leaking on the floor! Especially in grownups! (S2)

In this way, women who are unable to control urine loss show feelings of shame regarding an occasional public incident and the fear of their problem being exposed. Even in view of an expected constraint, the interviewee has a stereotype reaction.

I started laughing and got all wet! Like... (laughs), I leaked all over... (laughs) I felt bad because soon, because on the street ... (laughs), a lot of people... I was lucky it was raining, so people couldn't really see I had wet... (laughs) my clothes. (S4)

The excerpt above is also an example of the distress brought about in a situation in which there is a chance of losing urine in public, exposing the woman to constraint. The following statements ratify the experiences lived with an “uncontrolled” body.

If you smile you have to hold a little... When it starts leaking, you try to hold it, but it's already passed ... (S2)

You're not expecting it and there it is, just like that... (laughs), then it leaks. Sometimes it keeps dripping... (S4)

I try to hold it, but it doesn't always help, it always ends up leaking. (S7)

The fact that they constantly had to deal with episodes of incontinence caused experiences that involved feelings of a lack of control over the body, both physically and emotionally. Therefore, these women tried to dribble the external marks that urine could leave.

I know I can't wear any thinner clothes, or any white clothes. Because it can suddenly leak, get wet, and there will be that stain. (S5)

I like wearing long skirts, it really helps, [...] I think it hides a little better if it happens, if my legs get wet! (S2)

The statements showed that these women develop histories or hypotheses to deal with the charges incurred of the reproductive process, of motherhood.

My friends say it is the perineum [...] Could it be because I had six natural deliveries? (S3)

Sometimes I wonder... am I loose? Sometimes I think I got wide, maybe I am too wide, can it be? (S6)

It's because I got my tubes tied... Before I got my tubes tied I didn't have this problem, it started after I had surgery... (S7)

There are indications of feelings of a body that was "damaged" by time and by the experience of giving birth.

I am afraid it can happen, happen, happen, and then my uterus starts to go down, then the bladder and soon everything will fall out... (S1)

Therefore, the story of their life as a woman, who works and takes care of their home, left out numerous elements designed for themselves, which were lost or did not receive privileges.

When I started working I got really accommodated... I wasted a lot of time working and forgot about myself. (S3)

Since I work I don't have much time left for me. I used to have time to stay home, take care of my children and of myself, so it was better then. I work and make everyone happy, so it's good. But for myself it could be better, it could! (S5)

From this perspective, the current body causes feelings of a longing for the body that is absent or was "lost".

My sensuality changed, I don't know if it was the time... if I had more time like before, I would be wonderful. I loved the way I was, if I could go back in time I would continue the way I used to be, but... (S5)

In addition, there is dissatisfaction towards their body, which they see as being fat or excessively thin.

I think I would have to change everything to stop being ugly, change at all ... Outside and inside ... I think I have to change a lot! ... (laughs). (S4)

I wish I could be a little thinner [...] I'd feel better to work and would be happier. (S5)

It is horrible! I wanted to be fatter, I wish I could change, I'd like to put on some weight, but it is hard. (S7)

2. An interrupted sexuality

The reports of women with incontinence show that satisfaction and sexual desire are present only in their imagination.

I think it is all the same, I think it's the same... No, sometimes I don't feel pleasure... My husband is affectionate ... I really don't understand much about those things (laughs)... People say that women have orgasms, but I don't know, I think it's something I really don't know... Some say they get really excited, I don't, I feel like doing it, but I don't go crazy or scream, moan, it has never been that way. (S6)

Sometimes, in the women's reports, the representations of urine loss during sexual intercourse appeared to be hidden, covered.

I like to be sensual, I think I'm normal... Normal like without defects. There is nothing to improve on this part, I get pleasure in sex. Only when this happens... When I lost urine, I didn't feel anything! (S4)

The women showed that experiencing incontinence is something that blocks pleasure. The feeling of shame caused by the loss of urine predisposes the woman to an intense projection of conflicts that interfere in the couples' intimacy.

Oh, when it happens (loss of urine) you really have to stop everything. You just stop it... I don't go on... My husband stays quiet... He doesn't say anything... I stay quiet, I don't feel... I feel ashamed and that's it, I try to not even talk about it, I keep it to myself... (laughs). I just stop! I change the linen and that's it! (S2)

I felt ashamed, so I stopped. My husband said I shouldn't be ashamed. I lost interest, but he didn't [...] I was never able to continue, I only feel the shame... (S6)

Oh! I felt ashamed, that he might think something... I felt really ashamed. It's not like that, it's unpleasant, but when I lost urine, I didn't continue. (S4)

For other women, however, the emotional issues linked to the sociocultural values of the body apparently determine behavior standards in their experience of sexuality, which can be used as a resource to deny the difficulties of living their sexuality.

That's how it is (the body)... it loses urine... It doesn't interfere... It doesn't change anything. I like it, nothing changes. (S8)

Women with incontinence submit themselves to sexual intercourse understanding that this attitude is a marital duty, which would avoid greater conflicts with her husband.

It's hard to get pleasure in sex! It wasn't like that... I only know it is difficult, but I don't worry about it. Like, you have to do it... (S2)

The next statement shows that pleasure by obligation is difficult and marked with experiences associated with diminished libido due to the loss of urine. Therefore, it is observed that sexuality is lived under conflicts despite the existing desire; women had sex even when they did not want to.

That moment you don't feel like it any more. There is no more pleasure, there is no more desire. I get pleasure from sex, but that moment you feel like peeing... all the other desires go away... I don't say anything because he might get upset... I continue as usual. (S5)

In this perspective, there were reports of situations containing demands created to force the women into having sex with their husbands without their wanting to.

Oh! It disturbs a lot because it bothers me. Everything about it bothers me, it seems that everything bothers me. His hugs and if he comes when I am feeling like that... All of that bothers me. (S5)

For heaven's sake, it is awful! Oh, I continued but I didn't get any pleasure. My husband asks me about it and I try to explain, but he doesn't understand, he complains a lot, he says I am like a fridge. He calls me a fridge [...] he doesn't understand, it gets hard to talk about it... (S7)

Discussion

Getting sphincter control is seen as an important milestone in human evolution. According to the psychoanalytical theory, in the development phase of mobility and anal and bladder control, the body experience is linked to body excretions and is invested with sexual libido. The impulses establish the beyond-the-body dimension, and help to organize the borders between the **I** and the **you**. When this phase of development is addressed, there is talk about a limit, a form of protecting the body, personal integrity and situate fantasy in the psyche, according to each phase of development (Freud, 1905). Therefore, the lack of

urinary continence in the adult phase would sustain feelings of loss of control over that body, which gives an idea of a “defective” body, without control.

The literature indicates that the integration between the body and the ego, which begins at birth, has such a strength that becomes impregnated in the physiological processes of the organism. Therefore, one’s self-perception of the body as the support for the I is deeply rooted on the individual (Rocha 2007). In adult life, urinary incontinence generates a feeling of inferiority, since the women lose control of this physical function (Higa *et al.* 2008). It was found that the symbolic aspect of that phenomenon was seen by these young women, as an uncontrolled body. In addition to body powerlessness, the literature indicates that the women report feelings of insecurity, despair and, in some cases, abandonment and distress (Hägglund & Ahlström 2007).

The attempts to hide the loss of urine inferred it would be a way for women to demonstrate their control over their bodies, trying to trick their feelings. Incontinence is usually associated with the view of wet clothes and to the odor, which have a meaning of dirtiness that has a negative effect on social relationships and self-esteem. In fact, Scandinavian women considered the loss of urine a sign of body negligence, an unclean body (Hägglund & Wadensten 2007).

The clothes one wears can be considered part of the person’s body image and fill one’s self-image with pleasure. Women with incontinence, in an attempt to recover the control over their bodies, changed their way of dressing, and began avoiding clothes that are too tight or white in color, and preferring to wear long skirts. Apparently women change their clothes as a way of trying to maintain their image in the society (friends, relatives, partner), using their clothes to cover the urine that is lost or leaks.

With motherhood, women’s bodies change and so does their self-image; the body of a woman is now the body of a mother. There is evidence of a certain lack of knowledge regarding the etiology of urine loss, in addition to preconceptions, often cultural. Such conceptions leave doubts about their physical integrity after childbirth, exposing the muscle flaccidity with an organic decline to herself and

to those she lives with. In general, it appeared eminent that there is a feeling of a body that grows old prematurely.

The feelings reported in the present study were previously stated in sociologic studies by means of the expression that in any society the body is the locus of power, which carries interpretations and meanings, and it is through the body that individuals express themselves in the world and reveal their position in the society (Ferreira 2006). Therefore, the lack of urinary control contributes to the lost or threat of autonomy when these women live with a body that they are unable to make stop losing urine (Hägglund & Wadensten 2007).

By performing all the social roles meant for women, the experiences were reported as being a part of women's natural history, regarding their instinct of maternal love, of taking caring of others. Therefore, we realized there were experiences inherent to the female gender that interfered in their affective relationships toward themselves.

The reports of feelings resulting from shame and fear were marked by the physical and emotional losses due to the women's lack of control over their bodies and also over their lives. The current image is that of a body marked by the lack of power, worn by time and motherhood, which left marks, making it a "loose and wide" body, and due to work, which limited their self-care. These aspects, which appear to be inseparable, comprise an experiment resulting from women's role in the Brazilian society, in the constitution of what it means to be feminine, i.e., the reproductive capacity of their bodies, their competency for motherhood and their natural talent as caregivers.

The experiences appear as a form of trying to build the present by looking at the past, when their bodies were attractive, sexy and happy. It appears that the women did not accept the changes to their bodies and they apparently reject the new image. Considering characteristics that are seen as important for visual aesthetics, the present study authenticates a previous study that attributed experiences to the women's bodies according to the culture and social rules and values imputed by Brazilian social classes, such as being thin to be prettier or being fat to be healthy and strong for work (Muraro 1996).

In view of the concept that the development of sexuality is extremely complex and involves individual, social, psychic and cultural aspects (Ressel & Gualda 2003), in the present study it was observed that these aspects are rooted in sociocultural issues, including the experience of sexual education. Female nature itself makes women an easy target for the emotional experiences they live during sexual intercourse.

With their sexuality reduced to genitality, to the sexual act, the loss of urine represents 'putting out the fire'. In fact, studies show that the meaning of intimate relationships is inhibited when there is urine loss, since women cannot be spontaneous (Doshani *et al.* 2007) and they report a certain "rush" during the sexual act, due to the fear of losing urine, discomfort, or incapacity to enjoy sex, and they state that the fear and anxiety dissipate their sexual excitement (Coyne *et al.* 2007).

The sensations in the female body due to the physiological symptoms of losing urine appear to be linked to the experience of sexuality. Therefore, women with incontinence showed they need a sexually active life. For some women, urinary loss caused an unsatisfactory sexuality, with their desire never being satisfied, while others were often satisfied in a distorted way, i.e., the excitement that occurred during urinary loss apparently induced to the perceptions of pleasure.

It was noticed that the sexuality experience does not have the same importance for everyone. It ranges according to the place it has and is part of the context of each person's cultural and social constructions. This particularity shows that women with incontinence miss and want a relationship that takes their body, the female aspect, into consideration.

The impact of urinary loss on female sexuality had a broad range of implications for the women and their partners, but there was no dialogue between spouses. It was also observed that this form of dealing with sexuality experiences is supported by the cultural issues that male sexuality always implies men get pleasure, but it is not always necessary for women to get pleasure. These observations are confirmed in the study in which what really mattered to women was the gratitude from their partners and an immense

source of comfort from knowing that they continued with them despite their urine problems (Coyne *et al.* 2007).

The urinary complaints and the recurrent frigidity during this moment of their lives resume conflicting issues that emerged from their gradual loss of femininity. Although female frigidity has physiologic and psychological causes, the cultural aspect creates and reinforces labels for the women, undervaluing them and imposing control on their sexuality (Ressel & Gualda 2003). Some authors have found that the anxiety associated with urinary incontinence during sexual intercourse was reported as a damage to orgasm, although they were capable of having an orgasm, they did not permit themselves to reach the climax to avoid losing urine (Coyne *et al.* 2007).

In the cultural conception of living the body experience as an object for the purpose of others, sexual intercourse appeared to be an obligation and, as such, the women believed that the man should be pleased at any cost. Therefore, the change in interpersonal relationships, personal identity, and in the roles performed by women with incontinence show how she notices and values herself in different domains of her life. In this way, not recognizing their own image, including the physiological, social and affective aspects, is a pathway to transforming the subject-body into an object-body (Tavares, 2003).

Therefore, all the aspects of social and personality adaptation appear to be affected by the configuration and functioning of the body, linked to the impression caused on others and on the self. Each situation in life is symbolic and each symbol represents a situation in life (Reis 2002). In this way, Capisano (1992) related that the body image is structured in our mind according to the individual's contact with him or herself and with the world. Similarly, it is a unit that can be transformed, in which all senses collaborate. Thus, one's experience with their own body is a unit under construction; the body model is constantly being constructed, destroyed and reconstructed (Tavares, 2003).

Conclusion

Women with incontinence reported experiences involving the body and sexuality with the motherhood. The influence of body image and sexuality apparently were originated from another's, i.e., from people around them, and mostly from their psychological experiences involving feelings of fear and shame of losing urine, powerlessness by the loss of control over that body and rejection of their current body.

Although they were young and in a reproductive age, they showed an uncontrolled body with constant threats to their self-image; affecting the interaction with people and the experience of sexuality. They attributed their feelings to others when they experienced an interrupted sexuality, with a body that was passive to the desire of their partner, having sex when they did not want to and when their libido, their orgasm, was interrupted by urinary loss. Nevertheless, they expressed a desire to manage their own body by trying to control the loss of urine and avoid showing they were living with incontinence.

Relevance to clinical practice

Knowing the cultural meanings of urinary loss, as well as those related with the body and sexuality, could provide health professionals with more information about the emotional aspects experienced by Brazilian women, and offer elements that could collaborate in the search for actions aimed at improving the quality of life of this population.

Health professionals should understand the changes that these women face considering their expectations and the negative representations of urinary loss in their life history. Hence, it is the duty of the professionals involved in women health care not only to diagnose the physical problems caused by urinary loss, but also identify the psychological and social disorders that result from this urinary problem.

Therefore, to develop strategies to help these women to cope with the feelings they experience, with the purpose to find paths for accepting their new bodies considering the former subordinated body and, above all, offer new

opportunities for analyzing and creating health care actions considering all the sociocultural aspects involved, so women with incontinence can seek treatment and not feel excluded from society.

References

- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) (1996) Overview: urinary incontinence in adults clinical practice guideline update, Rockville, MD. March. In: <http://www.ahcpr.gov/clinic/uioverview.htm> Access: Dec/09/2003
- Borba AMC, Lelis MAS & Brêtas ACP (2008) Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto Contexto Enfermagem* 17(3):127-135.
- Bardin L (1977) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Botanski L (2004) *L'eclissi del corpo*. Translated by Regina A. Machado. 3^a ed. São Paulo: Paz e terra.
- Caetano AS, Tavares MCGCF, Lopes MHBM & Poloni RL (2009) Influência da Atividade Física na Qualidade de Vida e Auto-imagem de Mulheres Incontinentes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* 15(2):93-97.
- Capisano HF (1992) *Imagem corporal*. In *Psicossomática Hoje*. Julio de Mello Filho. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Coyne KS, Margolis MK, Jumadilova Z, Bavendam T, Mueller E & Rogers R. Overactive bladder and women's sexual health: What is the impact? (2007) *Journal of Sexual Medicine* 4:656–666.
- Doshani A, Pitchforth E, Mayne CJ & Tincello D (2007) Culturally sensitive continence care: a qualitative study among South Asian Indian women in Leicester. *Family Practice* 24:585-593.
- Eksterman A (1994). Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos. *Revista Brasileira de Psicanálise* 28(1):09-24.
- Ferreira VA & Magalhães R (2006) O corpo cúmplice da vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. *Ciência & Saúde Coletiva* 11(2):483-490.

- Freud S (1905) *Três ensaios para uma teoria sexual*. In: Freud S. Obras Psicológicas Completas. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago 1996.
- Freud S (1915) *O Inconsciente*. In: Freud S. Obras Psicológicas Completas. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Hägglund D & Ahlström G (2007) The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *Journal of Clinical Nursing* 16(10):1946-1954.
- Hägglund D & Wadensten B (2007) Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behavior for long-term urinary incontinence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21: 305–312.
- Higa R, Lopes MHBM & Turato E R (2008) Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 16(4), 779-786.
- Kusnetzoff JC (1982) *Introdução à psicopatologia psicanalítica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Marshall G (1998) "Snowballing technique." A Dictionary of Sociology. Encyclopedia.com. In: <http://www.encyclopedia.com> Dec/01/2009
- Minayo MCS (2007) *O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Muchielli A (1990) *Les Méthodes Qualitatives*. Coleção Que sais-je? Paris: Presses Universitaires de France.
- Muraro RM (1996) *Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil*. 5ª ed. Rio de Janeiro. Record: Rosa dos Tempos.
- Reis MR (2002) O corpo como expressão de arquétipos. *Revista Latino-americana da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica. Junguiana* 20:43-49.
- Ressel LB & Gualda DMR (2003) A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* 37(3): 82-87.
- Schilder P (1994) *The image and appearance of human body*. Translated by Rosanne Wertman . 3ª ed São Paulo: Martins Fontes.

- Rocha S (2007) Teoria da Sexualidade Segundo S. Freud In: http://www.artesdecura.com.br/REVISTA/Psicoterapia/teoria_sexualidade.htm Apr/27/2007
- Tavares MCGCF (2007) *O dinamismo da imagem corporal*. São Paulo: Phort Editora.
- Teunissen D, Van den Bosh W, Van Weel C & Lagro-Janssen TA (2006). It can always happen: the impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 24(3), 166-173.
- Turato ER (2003) *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

4.3. Artigo 3 – Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária

Psychosocial experiences of Brazilian women with urinary incontinence Vivencias de mujeres brasileñas con incontinencia urinaria

Rosângela Higa¹

Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo²

Lia Keuchguerian Silveira Campos³

Maria Helena Baena de Moraes Lopes⁴

Egberto Ribeiro Turato⁵

Artigo extraído da Tese de Doutorado apresentado no Programa de Pós-graduação do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP).

¹ Enfermeira. Doutora em Tocoginecologia-Área de Ciências Biológicas da FCM/UNICAMP. Enfermeira do Hospital da Mulher – CAISM/UNICAMP. Rua Pedro Vieira da Silva, 595/62 – Campinas-SP, CEP: 13080-570. Fone: (19) 3722-4353 e-mail: rosangelahiga@bol.com.br

² Pediatra. Professor Assistente Doutor do Departamento de Pediatria da FCM/UNICAMP.

³ Psicóloga. Mestranda em Ciências Médicas - Área de Saúde Mental da FCM/UNICAMP.

⁴ Enfermeira. Professora Associada Doutora do Departamento de Enfermagem da FCM/UNICAMP.

⁵ Psiquiatra. Professor Associado Doutor do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/UNICAMP. Coordenador do Laboratório de Pesquisa Clínico – Qualitativa (LPCQ) da FCM/UNICAMP.

Resumo

Nosso objetivo foi aprofundar os conhecimentos sobre as vivências da perda urinária de mulheres brasileiras. Utilizado o método clínico-qualitativo com entrevistas semi-dirigidas. Entrevistadas oito mulheres eleitas pela técnica “bola de neve” e saturação do discurso, faxineiras, de 30 a 45 anos, com queixa de perda urinária que nunca realizaram tratamento e com baixa situação socioeconômica. A técnica de análise de conteúdo com abordagens psicodinâmicas possibilitaram a criação de duas categorias: Um assunto velado e Uma vivência solitária. 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 medo, vergonha e sentem-se estigmatizadas. Calam-se, sofrem sozinhas, e para resistir, reagem com a solidão. Concluímos que as mulheres incontinentes preferem o silêncio a ter que pedir ajuda, encontram no isolamento a forma de proteção e na solidão, a sobrevivência.

Palavras-chave: *saúde da mulher; incontinência urinária; pesquisa qualitativa; experiência de vida; impacto psicossocial*

Abstract

Our aim was to amplify the knowledge about the life experiences of urinary incontinence in Brazilian women. Were used the clinical-qualitative method with semi-directed interview. Eight women were elected by the “snowball” technique, and the size closing was by saturation criterion. The housemaids had the 30 to 45 years, low socioeconomic status, complaining of urinary incontinence and never seek treatment. The content analysis technique and psychodynamic approaches allowed the creation of two categories: One hidden problem and lonely life experience. For women, urinary incontinence is a problem that should be hidden, one obstacle in interpersonal interactions, a stigma that prevents the search for treatment. They live in fear, shame and feel stigmatized. They silenced, suffer alone, and to resist, react with the loneliness. The conclusions were that incontinent women prefer silence to having to ask for help, the insulation in was the protection form and aloneness, survival.

Key words: *women’s health; urinary incontinence; qualitative research; lived experience; psychosocial impact.*

Resumen

El objetivo fue profundizar los conocimientos acerca de las experiencias de incontinencia urinaria en mujeres brasileñas. Utilizamos el método clínico-cualitativo con cuestiones semi-dirigida. Entrevistado ocho mujeres elegidos por la técnica de "bola de nieve" y por el criterio de saturación. Trabajadores, de 30 a 45 años y bajo estatus socioeconómico, con incontinencia urinaria y nunca fueran tratadas. La técnica de análisis de contenido con enfoque psicodinámico permitió la creación de dos categorías: Una cuestión encubierta y Una experiencia solitaria. Para las mujeres, la incontinencia urinaria es un problema que debe ser ocultado, un obstáculo en las interacciones interpersonales y un estigma que impide la búsqueda de tratamiento. Viven en el miedo, vergüenza y sienten estigmatizados. Silencian, sufren sola y reaccionan con la soledad. Concluimos que estas mujeres prefieren el silencio a tener que pedir ayuda, encuentran en el aislamiento, la forma de protección, y en la soledad, la supervivencia.

Palabras llaves: *salud de la mujer, estudio cualitativo, experiencia de vida, impacto psicosocial.*

Introdução

As repercussões psicológicas da incontinência urinária (IU) em mulheres causam aflição e incapacidades, as quais têm levado a significativa morbidade devido a sentimentos de vergonha e medo de sofrer rejeição⁽¹⁻³⁾. Esse fenômeno é percebido como não aceitável para a vida social, com perda das propriedades saudáveis do corpo. As mulheres sentem-se socialmente desprezadas e culpadas pelo abandono da sociedade⁽⁴⁾.

A perda inesperada de urina é relatada pelas mulheres como ameaça para a sua autoestima. Esta ameaça fornece fortes incentivos para o desenvolvimento de sistemas eficazes de cuidado a fim de se manterem continentes, ou empregam mecanismos de defesa, como a negação, para proteger sua autoestima⁽⁵⁾.

A IU é uma condição constrangedora com profundas sequelas psicossociais e há evidências de implicações psicológicas na vivência familiar, profissional e social. O medo do odor demonstra ser de alto impacto na restrição social⁽⁶⁾. Além

disso, sentem vergonha quando esta ‘desgraça’ sucede em público, principalmente em eventos sociais. Percebem também medo em perder o emprego ou mudar de função por restrições laborais causadas por limitações das atividades⁽²⁻³⁾.

Contudo, o grau e a amplitude da angústia experimentado desta, estão relacionados com as reações de cada pessoa e como cada indivíduo percebe a sua incontinência. Os significados dados aos problemas de saúde são estruturantes de nossas vidas⁽⁷⁾.

As mulheres também vivenciam a perda urinária como tabu, tentam manipulá-la para controlar suas funções corporais e demonstrar continência para viver com certa “normalidade”⁽⁸⁾. O controle das eliminações em torno da IU é construído socialmente, visto que existem normas culturais quanto ao manejo das eliminações por serem associadas à sujeira e quando alguns adultos não conseguem cumpri-los, são estigmatizados⁽⁹⁾.

Os estudos indicam que a atitude do indivíduo sobre a sua real capacidade de convivência com a IU deriva de idéias culturais sobre o que a incontinência simboliza para cada um, para cada sociedade⁽¹⁰⁾, assim as atitudes de aceitabilidade da perda do controle sobre as funções corporais, decorrente da IU, se alteram em relação aos valores culturais e crenças sobre o não controle da limpeza e uso de fraldas⁽¹¹⁾.

Porém, observando estudos com mulheres de diferentes culturas, os significados da perda urinária para mulheres orientais e ocidentais não mostraram diferenças, elas relatam sentimentos de desespero, impotência, desamparo e angústia. Todavia, na cultura religiosa, a incontinência pode limitar a vida religiosa de judias e muçulmanas devido à necessidade de limpeza para a prática da oração⁽⁷⁾. Já entre brasileiras representa também impacto sobre a vida social e o bem-estar. O manejo da IU faz com que a mulher vivencie constantes sentimentos, muitas vezes negativos, que podem levá-las a tristeza e depressão⁽⁹⁾.

Neste contexto, entendemos que as pesquisas são ferramentas para que os sentimentos das mulheres com IU em diferentes contextos sócio-culturais sejam contemplados pelos profissionais de saúde, assim como, a compreensão dos processos dinâmicos, das hipóteses de que aquilo que as pessoas dizem e

fazem possui um significado; que existem padrões para o comportamento das pessoas os quais podem ser discernidos e observados a partir da narrativa de vida do indivíduo, na compreensão simbólica sobre a natureza e a extensão do conflito subjacente, agregados a todos os afetos que o permeiam⁽¹²⁾.

Conhecer e compreender as vivências e o impacto psicossocial da perda urinária são aspectos fundamentais para que esses profissionais aprimorem o enfoque psicológico na avaliação, diagnóstico e conduta desse problema urinário. Sendo assim, o presente estudo teve como proposta aprofundar os conhecimentos sobre as vivências com a perda urinária na realidade da mulher brasileira, em um grupo sócio-econômico específico.

Método

Utilizamos o método clínico-qualitativo, uma particularização e refinamento da metodologia qualitativa com enquadre específico dos conhecimentos clínico-psicológicos psicanalíticos das relações interpessoais e das concepções epistemológicas desenvolvidas a partir das ciências humanas, do método compreensivo/interpretativo⁽¹³⁾.

Para captação de sujeitos na composição da amostra, segundo técnica da bola-de-neve⁽¹⁴⁾, fizemos contato prévio e convidamos a primeira participante extraída junto à comunidade. Esta indicou a segunda participante e assim sucessivamente. Quando novos dados não mais contribuíram significativamente para revisão dos objetivos iniciais do estudo, o critério de saturação⁽¹⁵⁾ norteou o fechamento da amostra. Para identificar a saturação dos dados, a análise foi realizada progressiva e simultaneamente à sua coleta.

O recorte do objeto delimitou-se a oito mulheres em idade reprodutiva que tinham história de qualquer perda involuntária de urina e nunca tinham realizado tratamento. Todas atuavam em serviços de limpeza (faxineiras) e tinham situação social, econômica e educacional desfavorecida (Quadro 1). Salientamos que por tratar-se de pesquisa qualitativa, a priori, as características individuais dos sujeitos não foram avaliadas na análise das falas e discussão dos resultados.

Quadro 1 – Características sócio-demográficas da amostra estudada. Campinas, 2009.

Sujeitos	Idade	Anos de estudo	Renda familiar*	Membros na família	Nº filhos	Situação marital
S1	38	07	2,6	04	02	Casada
S2	45	04	1,1	04	02	Casada
S3	41	05	3,1	05	03	União estável
S4	30	08	Não fixa	01	03	Solteira
S5	35	08	3,9	06	03	União estável
S6	36	00	Não fixa	11	04	União estável
S7	39	05	4,5	04	02	União estável
S8	34	04	1,8	04	02	Casada

*Renda Familiar em salários mínimos – 01/fev/2009 (R\$465,00/U\$ 200,00)

Utilizada a entrevista semi-dirigida de questões abertas⁽¹⁸⁾ as quais foram realizadas individualmente, gravadas e literalmente transcritas. Por meio de um roteiro que iniciava com uma pergunta: “Fale-me como está sendo a sua experiência com a perda urinária” exploramos as vivências psicossociais mediante a perda de urina.

A técnica de análise temática de conteúdo⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ com leituras flutuantes do *corpus* das entrevistas, possibilitaram a criação de duas categorias: (1) Um assunto velado (2) Uma vivência solitária. Validadas por pesquisadores membros do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da Universidade na qual a pesquisa se desenvolveu. A análise dos dados foi fundamentada nas abordagens psicossociais e psicodinâmicas.

Para a viabilização, o estudo cumpriu as normas preconizadas para pesquisas com seres humanos. A anuência dos sujeitos se deu por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e obtivemos parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (Processo nº 820/2007).

Resultado

1. Um assunto velado

De acordo com os relatos, para as mulheres incontinentes é extremamente embaraçoso falar sobre a perda urinária, assim sendo, elas não comentam e percebem que as outras pessoas também preferem não tocar nesse assunto.

“Pode ver que as pessoas não ficam comentando aquilo... Então eu fico na minha, fico quietinha, nem falo... (risos)... Nunca ninguém comentou, não sei se ficam constrangidas também. A gente sempre fica com vergonha de falar (S2).”

Essas mulheres acreditam que o constrangimento e a vergonha são obstáculos para que as pessoas falem sobre esse assunto. Elas se inquietam em imaginar o que os outros podem pensar sobre a perda urinária e em geral avaliam como algo ruim. Daí o medo...

“Eu sempre penso o que as pessoas iam pensar. Sempre me preocupava o que as pessoas iam pensar... (risos)... Algumas maldades! Alguma coisa ruim... (S4).”

Acreditam que os outros também não comentam sobre a IU porque pensamentos desagradáveis podem emergir. Diante dos sentimentos vivenciados, as mulheres entendem que a perda urinária é um tema que deve ser evitado, algo que deve ser escondido. Tentam justificar o seu silêncio por meio da imaginação que elas têm dos pensamentos das pessoas.

“Sempre tem uma amiga que vai chegar e vai falar. Mas você fica com receio de chegar e tocar nesse assunto, o que ela vai falar para você, saber o que ela pensa! (S5).”

O temor em receber uma crítica a respeito da sua IU é tão grande que se calam mesmo diante da melhor amiga, de tal modo que preferem ocultar a ter que pedir ajuda. Assim sendo, a perda urinária é vivenciada pelas mulheres como uma situação socialmente inaceitável.

“Às vezes a gente fica com vergonha de sentar, levantar e ver que está molhada. Ah! Eu me sinto mal, me sinto muito mal... Me sinto envergonhada! Porque ficar perdendo assim, fazendo xixi na roupa não é bom não! (S3).”

Os incômodos, as maneiras constrangedoras relatadas, revelam que perder urina é algo indecente, impuro e que fere o pudor das pessoas. Os sinais de urina deixados e as experiências com transtornos emocionais interferem nas relações interpessoais. Algumas vezes, na tentativa de ocultar o seu problema, o odor de urina exalado denuncia a sua condição.

A gente vê o povo falando, aquela mulher está fedendo urina. Aí a gente pensa... “Estão falando da gente também! Quando isso acontece, procuro mais me distanciar, não ficar muito perto, porque xixi... (S2).”

Pela própria natureza é difícil conter e controlar o odor de urina, uma vez que pode escapar e transpor as barreiras de proteção. A vergonha e medo da visibilidade do seu problema são tão grandes que essas mulheres experienciam angústia e inquietação quando percebem o cheiro de urina e se afastam das pessoas a fim de evitar que falem sobre esse assunto tão temido.

“Tenho um medo disso. Já pensou ficar cheirando a xixi e andando pelo meio do povo! (S1).”

As falas das mulheres determinam uma marca que as diferencia das outras pessoas, sentem vergonha, temem que o problema seja percebido e procuram escondê-la de todas as formas, evidenciando que vivenciam a perda urinária como um estigma.

2. Uma vivência solitária

Com sentimentos de portadora de um estigma, a perda urinária é uma ameaça para a convivência social e que, portanto, deve ser evitada. Nessa vivência relatam sentimentos de aflição e ansiedade.

“Incomoda esse negócio de você ficar preocupada em estar num lugar e acontecer isso, sabe! Então até eu sinto meio estranho, assim, sensação estranha porque está vazando tudo (S5).”

Como meio de preservação dos possíveis sentimentos que podem ocorrer diante dos incidentes em público, as mulheres afastam-se das pessoas numa tentativa de solução para esses problemas. Quando elas mantêm a convivência social, o contato acontece com certas restrições impostas pela perda urinária.

“... Eu, simplesmente se estiver em pé eu disfarço, saio de fininho e vou embora. (S2).”

“Quando eu perco urina eu volto rapidinho para casa... Não gosto de ir à festa longe, eu... (S3).”

Nos relatos acima, percebemos que a solidão prevalece, o convívio social é marcado por manter distância das pessoas. A mulher que sofre de IU, parece se privar dos vínculos afetivos e sociais. Nos momentos em que precisam da proximidade com as pessoas, como durante a atividade laboral, o medo de vivenciarem a vergonha em público é tão intenso que estas mulheres criam medidas preventivas para evitar que a perda urinária aconteça na frente dos outros e seja por eles percebida.

“No trabalho a gente já se previne, coloca um forrinho fininho e fica ali. Tenho um medo disso! (S1).”

A todo o momento as mulheres buscam meios para ocultar o seu problema, adaptam dispositivos e estratégias comportamentais para conter a perda e o odor de urina como tentativa para demonstrar continência. Embora os relatos demonstrem terem adaptado a melhor estratégia para a sua rotina de trabalho, parece que as manobras nem sempre podem dar certo e, portanto, não lhes garante segurança alguma frente a este mal.

“Eu fiz xixi naquela hora e daqui a pouco eu vou lá e já troco. Agora assim, com a roupa, dependendo o lugar que eu estou aí não vai ter jeito! (S2).”

Ser uma trabalhadora com IU demonstra ser exaustivo, sofrido e desumano. Estas mulheres batalham o tempo todo para conseguirem conviver cercadas de pessoas, porém, sua vivência acaba sempre por se tornar solitária. Esta condição de saúde que deve ser escondida gera impedimentos para que solicitem ajuda para lidar com esse problema.

“Mas quando vou ao médico eu não comento mesmo, nunca falei nada... Eu acho que eu não sei... A gente fica com vergonha, é... Eu acho que sim (S2).”

A vergonha é um sentimento constante em sua vida e é responsável pela imposição de limites tão intensos a ponto de bloquearem até mesmo busca de apoio eficaz para o tratamento da IU.

“Eu ia falar e falava de qualquer outra coisa, da infecção, do que eu estava sentindo... Mas entrar nesse assunto, eu não entrava em detalhes não. Ah! Eu não sei, eu não sei o que ela iria falar para mim sobre isso... (S5).”

As mulheres demonstram que expor o seu problema pode ser algo tão penoso, que quando procuram por um médico para tratar a IU não conseguem falar sobre o assunto e buscam nas atitudes do profissional as justificativas para tal comportamento, negando mais uma vez sua própria condição e os seus agravantes.

Discussão

Conforme é salientado nas falas das mulheres incontinentes e desfavorecidas socioeconomicamente, os significados das implicações na vivência com a IU vão muito além da perda de controle ou do inconveniente físico que afeta o bem-estar emocional, psicológico e social. A perda urinária significa algo proibido, com sentimento de exposição semelhantes à obscenidade, as quais reduzem a interação com as pessoas. Somando-se a isso, demonstram apreensão com a sua imagem, se preocupam excessivamente com a opinião do outro e temem serem criticadas e preteridas.

Essas mulheres preferem não falar sobre seu problema urinário por experimentarem uma vulnerabilidade emocional com diversos sentimentos, como o medo, vergonha, constrangimento e humilhação na presença das pessoas. Assim sendo, elas falam consigo mesmas e constantemente seus pensamentos estimam o que as pessoas pensam sobre a IU, como sendo algo feio, ruim e maléfico. Contudo, esses esforços demonstram uma tentativa de proteção, uma vez que parecem projetar no outro a sua própria rejeição, os seus preconceitos com a perda urinária.

Percebemos em nosso estudo, que o desejo e tentativa de encobrimento social da perda urinária traz a questão da visibilidade da IU como um estigma social, ou seja, um atributo que produz um amplo descrédito na vida do sujeito; em situações extremas nomeadas como "defeito", "falha" ou desvantagem em relação ao outro⁽¹⁹⁾.

Para outras mulheres incontinentes estudadas por Horrocks et al⁽²⁰⁾, o estigma foi associado ao medo da reação das outras pessoas, incluindo dos profissionais de saúde, e ao defeito de um corpo incapacitado de controlar suas funções corporais. Dessa mesma forma percebemos nas mulheres por nós estudadas, que não conseguiam nem mesmo contar ao seu médico sobre seu problema, mobilizadas por uma intensa vergonha e não aceitação.

Observamos nas frases curtas e incompletas, nas falas estereotipadas e nos choros, que elas percebem os limites físicos, emocionais e sociais impostos pela perda urinária e vivenciam a IU como sentimentos de estigmatizada. Reagem tentando escondê-la para se proteger, porém a visibilidade da perda urinária por meio de um sinal na roupa e pelo odor de urina exalado explicitam a sua condição de incontinente.

Na sociedade, o odor se torna um símbolo pessoal, os cheiros são convertidos em sensações físicas para avaliações simbólicas e traz consigo uma rotulagem. Assim sendo, os sinais da IU tornam-se uma condição de estigma, uma ameaça, pois é um sintoma que é associado com sujeira⁽²¹⁾. Diante disso, as mulheres demonstram preocupações expressas com a limpeza e a higiene pessoal⁽²⁰⁾. Trocam inúmeras vezes de roupas, ficam sempre próximas ao banheiro, não se sentam e chegam, até mesmo, ao ponto de se excluir do convívio social.

As mulheres sofrem custos emocionais decorrentes dessa condição estigmatizante demonstrando profundas consequências sociais. O relato da vergonha e da sensação de medo diante de seu problema urinário parece que as levam a introjetar esse estigma, se retrair e buscar o isolamento como uma forma de proteção.

O estigma tem um potencial impacto sobre a maneira como a pessoa é percebida na sociedade, reduz as oportunidades, esforços e movimentos, não atribui valor, impõe a perda da identidade social e determina uma imagem deteriorada⁽¹⁹⁾. De tal modo que essas mulheres com IU, de baixa escolaridade e situação socioeconômica, percebem o preconceito projetado na dinâmica social, na maioria das vezes ninguém precisa dizer nada, elas sentem e reagem se impondo a solidão. Entretanto, o isolamento pareceu não ser a melhor alternativa, reações como o choro, indicou um sentimento de solidão forçada, não foi escolhida, foi aplicada como uma penalidade ao seu estigma.

Como mulheres trabalhadoras, e por vezes provedoras do lar, precisam ser aceitas em seu grupo de trabalho. Similarmente aos relatos de outro estudo⁽²²⁾, elas tentam manter uma identidade social como continente e, se seu problema é exposto, a identidade social muda, passa de uma “normal” para outra “anormal”, inaceitável socialmente. Assim sendo, buscam diversas maneiras para sustentar a

normalidade adaptando dispositivos e estratégias comportamentais para conter a perda de urina.

A identificação das estratégias adotadas pelas mulheres estudadas, como usar forro/fralda, ficar com a roupa molhada e cheirando a urina, e correr ao banheiro, pode ser uma barreira psicológica para o convívio social. Haja vista que são atitudes e comportamentos próprios da infância. A falta de controle dos esfíncteres é um fenômeno socialmente reservado às crianças e no adulto é percebido como um “defeito”, portanto não é permitido. Contudo, essas mulheres não reclamam, sofrem sozinhas, buscando a solidão para se proteger, como uma solução de sobrevivência.

Expor a perda urinária é tão difícil que parece significar algo proibitivo, em decorrência disto o isolamento se torna mais fácil. Elas tentam se habituar à nova forma de viver ao demonstrarem que não conseguem buscar ajuda e, quando procuram pelo médico, experimentam um turbilhão de sentimentos que bloqueiam a sua fala. A literatura⁽⁷⁾ reforça que as mulheres reagem com diferentes graus de transtorno emocional frente a esse problema urinário, que podem destruir a confiança e o respeito que o indivíduo tem por si e impedir a procura por ajuda.

Sabe-se que para os membros das classes menos favorecidas socioeconomicamente, a origem de algumas doenças, recobertas pelas especificidades aparente da hereditariedade, significa dizer que ela é inevitável e fatal, assim, nada pode ser feito para evitá-la. Essas pessoas enfrentam também dificuldades sociais e culturais ao tentarem exprimir e descrever ao médico os sintomas de sua doença, as quais, muitas vezes as levam a relevar o problema, outras esperam que a doença alcance intensidade para o uso normal do seu corpo⁽²³⁾.

Nesse contexto, as dificuldades na vivência com a perda urinária parecem sofrer influências da baixa situação sócio-econômica-educacional, as quais demonstram implicar na forma com que as mulheres incontinentes agem e reagem diante da sua condição. Indicam também que as adaptações dos mecanismos desenvolvidos para lidar com essa situação interferem na busca de tratamento.

Conclusão

Para essas mulheres trabalhadoras, o significado da perda urinária como algo proibitivo, que fere a sensibilidade das pessoas, leva-as a viver uma experiência como estigmatizada. Elas acreditam que é um assunto que deve ser escondido e percebem como obstáculo nas interações interpessoais. Desse modo, buscam estratégias para mostrar uma identidade como continente o que é muito difícil considerando que as marcas deixadas e o odor exalado de urina podem denunciar a sua condição.

O estudo mostra que as mulheres estudadas temem reações restritivas tanto da sociedade como do médico. A situação socioeconômica e educacional, os significados da perda urinária e os sentimentos vivenciados aumentaram as dificuldades em expressar seu problema para os profissionais de saúde.

Elas convivem com o medo e a vergonha, e sofrem caladas, preferem o silêncio a ter que pedir ajuda. Utilizam de estratégias comportamentais e mecanismos psicológicos para se defender dos sentimentos vivenciados, porém, elas encontram no isolamento a forma de proteção e na solidão a sobrevivência.

Relevância para a prática assistencial

O estudo indica que as baixas condições socioeconômicas e educacionais contribuem para que a mulher com perda urinária esconda o seu problema e, a postura de alguns profissionais pode aumentar a inibição e impedir que ela expresse suas queixas durante a consulta. Porém, a falta de conhecimento dos profissionais sobre as implicações psicossociais da IU na vida da mulher podem levar a situações de indiferença e subestimação das queixas.

Diante disso é de extrema importância que o profissional que atua na assistência a saúde da mulher inclua em sua anamnese perguntas para diagnosticar qualquer perda involuntária de urina.

Alem disso, cabe ao enfermeiro, durante a sua consulta, inserir dados para identificar os diagnósticos de enfermagem de domínio psicossocial que subsidiarão a busca de intervenções eficazes e resolutivas para esse importante problema de saúde, além de serem capazes de se mostrar receptivos a este assunto tão delicado para a mulher acometida.

Referências

1. Foldspang A, Mommsen S. The International Continence Society (ICS) incontinence definition: is the social and hygienic aspect appropriate for etiologic research? *J Clin Epidemiol*. 1997; 50(9):1055-60.
2. Lopes MHB, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(1):34-41.
3. Higa R, Lopes MHB. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(2):213-6.
4. Shaw C, Tansey R, Jackson C, Hyde C, Allan R. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Fam Pract*. 2001; 189(1):48-52.
5. Ashworth PD, Hagan MT. The meaning of incontinence: a qualitative study of non-geriatric urinary incontinence sufferers. *J Adv Nurs* 1993; 18(9):1415-23
6. Teunissen D, Van den Bosh W, Van Weel C, Lagro-Janssen TA. It can always happen: the impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scand J Prim Health Care*. 2006; 24(3):166-73.
7. Higa R, Lopes MHB, Turato ER. Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2008; 16(4):779-86.
8. Hägglund D, Ahlström G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs*. 2007; 16(10):1946-54.
9. Borba AMC, Lelis MAS, Brêtas ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto Contexto Enfermagem*. 2008; 17(3):127-35.
10. Talbot LA. Coping with urinary incontinence. A conceptualization of the process. *Ostomy/Wound Management*. 1994; 40, 28–37.
11. Hägglund D, Wadensten B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behavior for long-term urinary incontinence. *Scand J Caring Sci*. 2007; 21: 305–12.
12. Eksterman A. Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos. *Rev. Bras.Psicanál*. 1994; 28(1):9-24.
13. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.

14. Marshall G (1998). "Snowballing technique" A Dictionary of Sociology. Encyclopedia.com. In: <http://www.encyclopedia.com>. Acessado em 01 de dezembro de 2009.
15. Muchielli, A. Les Méthodes Qualitatives. Coleção Que sais-je? Paris: França: Presses Universitaires de France, 1990.
16. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. Rev Latino-Am Enfermagem. 2006; 14(5):812-20.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Edições 70, 1977
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. Ed, São Paulo: Hucitec, 2004, 269p.
19. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Traduzido por Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. LTC-Editoras S.A. Rio de Janeiro, 1998.
20. Horrocks S, Somerset M, Stoddart H and Peters TJ. What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services. Family Practice. 2004; 21: 689-96.
21. Brittain KR, Shaw C. The social consequences of living with and dealing with incontinence: A careers perspective. Social Science & Medicine 65.2007; 1274-83
22. Fultz NH, Herzog AR. Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. J Am Geriatr Soc. 2001; 49(7):892-99.
23. Botanski L. As classes sociais e o corpo. Traduzido por Regina A. Machado. 3ª ed. São Paulo: Paz e terra, 2004.

4.4. Artigo 4 – The not-said is the 'badly-said': Meanings for women's silence about their urinary incontinence

Higa, Rosângela; Chvatal, Vera LS; Lopes, Maria Helena BM; Schwartzmann, Mariana; Turato, Egberto R.

Summary

Women with urinary incontinence suffer silently, in most cases, with psychosocial problems that interfere with their social life. The goal was to deepen the meanings of silence report by Brazilian women from underprivileged socioeconomic conditions with urinary loss complaints. The qualitative-clinic method with semi-directed interviews was used. The data analysis followed the thematic analysis of content with psychosocial and psychodynamic resources approaches technique. Eight women were interviewed. These women worked in cleaning services (cleaners) with an underprivileged socioeconomic situation, between 30 and 45 years-old, with complaints of urinary loss that was never treated. These women seemed to underestimate urinary loss, presenting contradictions when talking about the subject. The perception of urinary loss as something abnormal and as a real problem seemed to be an anathema that caused apprehension and pain. They kept silent when facing shame and fear of being judged and misinterpreted. With difficulties in verbalizing, the silence, in this case, may be interpreted as a manner of showing contradictory and unnamable feelings that caused anguish. The silence proved to be a manner of essential expression in these women who have urinary incontinence's communication. Since women don't talk openly, the health professionals must always ask about their experiences with urinary loss.

Key-words: women's health; urinary incontinence; psychosocial impact; qualitative research

Introduction

In the last few years researches have evaluated the life experience of women with urinary incontinence (UI) and have shown the effects on their life style. They suffer with psychosocial problems that can lead to sadness and depression, interfering with their social life (Borba et al 2008). These factors attract attention when they react to urinary loss with apathy or when they abstain from repairing actions (Higa et al 2008).

Although the loss of urine causes a psychological disorder or changes their social lives these women seem to accept the loss of urine symptoms better when the interference to their daily life is small, and when they can control the urinary loss using a strategy (Hägglund & Wadensten 2007).

The UI invades privacy and is cause of shame and embarrassment, and it is seen as an issue which involves forms of taboo (Hägglund & Ahlström 2007) and frequently lead them to suffer in silence (Higa et al 2008). These studies turn evident the fact that women experience silently the emotional diversities generated by the urinary problem.

Ballone (2000) explains that, the human organism uses internal mechanisms as protection from stressing agents; the type of mechanism adopted will determine how each person reacts to a certain stress situation. Personal sensibility to reality explains why we evaluate the situations defined as challenging in different manners, and react to them in particular and personal manners, thus allowing them to exert a larger or smaller effect on our body.

Therefore, people tend to develop mechanisms to adapt themselves with their internal world where the threat from some psychic events may cause anxiety and existential anguish symptoms, they use repression and denial mechanisms as a manner of dealing with these conflicts (Chvatal et al 2009), such as the adaptive psychosocial mechanism which encompasses the technical or strategic forms developed during the human evolutionary process to deal with internal conflicts and with the external reality (Turato 2008).

In face of this, the silence used by women with urinary loss may present many senses and meanings. According to Mello (2007), people often keep quiet

when immersed in their thoughts and the silences may work as outbreaks, discharges or represent an empty space. However, the interpretation given to silence, its uses, meanings and values, differ from one culture to another. According to Boltanski (2004), for people from underprivileged social classes, the social and cultural difficulties contribute to the introspection of their emotions.

Silence has meanings both to who makes it as well as to who listens to it and demands an interpretation (Orlandi, 2007). Thus, knowing the meanings of silence in women with UI may contribute to a better understanding of how they experience their illness. Therefore, this article has the goal of deepening the meanings of the silence report by Brazilian women from underprivileged socioeconomic conditions with urinary loss complaints.

Method

The qualitative-clinic method was used in this study which is characterized by a particularization and refinement of the qualitative method, adjusting the psychological-clinic knowledge of the interpersonal relationships and the epistemological conceptions specifically, developed through the humanities (Turato 2008).

To composition the sample according to the snowballing technique (Marshall 1998), a previous contact was performed and the first woman to be interviewed was invited, who then indicated the second person, and so on. When new data did not contribute significantly to the review of the study's initial goal anymore, the saturation criteria (Muchielli 1990) directed the sample's closing. To identify the data saturation, the analysis was performed progressively and simultaneously to its collection.

The sample size and characteristics were to eight women in reproductive age (between 30 and 45 years-old) with complaints of any involuntary urine loss and who never seek treatment. They worked in house cleaning services (cleaners) and had a social, economic and educational underprivileged situation, i.e., they had an average of five years of schooling, lived in families with up to 11 persons and with a family income of up to 4.5 Brazilian minimum wages (US\$ 900 - Feb/2009).

The researcher responsible performed individual interviews, semi-directed with open questions, which were recorded and transcribed literally. These women with UI's experience were explored through a script that started with a triggering question: "Tell me how your experience with urinary loss has been".

The results were obtained through the thematic analysis of content technique (Bardin 1977, Minayo 2004) with fluctuant readings of the *corpus* of the interviews, as well as, from recordings of the observations made by the researcher during the interviews, on the reactions/manifestations of the interviewee (corporal expressions, changes in speech, giggles, smiles, silences and crying). Then they were validated by the pairs of members of the group in meetings of the Qualitative-Clinic Research Laboratory of the Medical Sciences School of the University of Campinas (FCM/UNICAMP).

The data analysis had as a fundament the psychosocial and psychodynamic resources approaches, i.e., from the comprehension of the dynamic processes and of the hypothesis that what people say and do have a meaning. Because there are standards for people's behavior, which may be observed and inferred through the person's life story and in the symbolic comprehension of nature and the extension of the underlying conflict, aggregated to all of the affections that permeate it (Eksterman 1994).

To make it viable, the study complied with the recommended norms for studies performed with human beings, such as the consent of the subjects through the Free and Informed Consent Term, and was approved by the Research Ethics Committee of FCM/UNICAMP (Process nº 820/2007).

Results and discussion

These women presented themselves to the interview spontaneously to talk about urinary loss, in spite of the discomfort that this might have generated. When questioned about their experiences with that situation, they reported it as being a common problem in the life of woman, and appearing to underestimate it. Denying initially, to then declared: *"I rather not think about it..."*

According to Chvatal et al (2009) the socioeconomic and cultural aspects, as well as factors connected to the illness, personality characteristics and the adaptive mechanism developed to deal with living difficulties, may influence in the many manners in which each person experiences their illness.

The interviewed women said: *"I feel ashamed of talking about this..."*, showing a feeling of fragility. At the same time that they denied, they confirmed episodes of UI, justifying them as irrelevant, trying to minimize the situation: *"I don't have loose urine... only when I laugh... it's not bothering me for now..."*

In this case the denial can be inferred as a manner that these women developed to deal with their urinary problem. Refusing to think and talk about the urinary loss, as well as denying the evidence of UI symptoms, they try to avoid getting in touch with the anguish of having an illness that bothers and brings embarrassment.

Hägglund & Wadensten (2007) report, that when women don't talk about urinary loss, the silence does not mean that they do not experience the problem. To Boltanski (2004), in the presence of the doctor, people from lower classes provide minimal information and are more reserved because they do not know the language of the emotions needed to verbalize their problems and worries.

Thus, in the confusion of their speeches, between realizing and/or recognizing themselves or not as a incontinent, little by little these women started displaying in a manner growing in intensity the feelings experienced and related to urinary loss: *"I think this is bad... we get embarrassed..."* Until they realize a different meaning for UI, as something abnormal, as a real problem: *"I thought it wasn't important, it wasn't serious, I never saw it as a problem!"*

Meaning, for some of the interviewed women the perception and acknowledgement of incontinency as a problem that affected their lives seems to have happened during the interview. Thus, we were able to verify that in the beginning they talked as if UI was a natural phenomenon, but as they realized how much this illness interfered with their daily life, they acknowledged the dimension of the problem. And this realization seems to have brought apprehension and pain.

Literature reinforces that some diseases are transformed into a permanent mark of society (Chvatal et al 2010). Thus, UI as a problem which is delicate and

hidden by the feelings of shame it causes (Higa et al 2008) and the worry with other people's judgment, brings the stigmatization view of the incontinent woman (Borba et al 2008).

In face of the stigma's feeling, these women justify not talking about the issue because of the fear of possible criticism: *"There are people who understand, there are people who don't understand. There are some who help and others who get in the way...I rather stay quiet."* The fear of being judged and misinterpreted, leads them to avoid comments, omit their opinions, in short, to keep silent.

According to Melo (2007), sometimes people stay silent when immersed in internal reflections to make room for sensations, judgments and verifications. The silence then may be a time for preparing the senses. In the same manner as laughter, corporeal language, tone of voice, looks, silence belongs to the conversation universe and may be observed not only on the one who speaks but on the one who listens as well, producing the same effects and inciting the same reactions than the ones produced by words.

Analyzing the interviews, we observed that these women used truncated phrases, not completed their thoughts in a satisfying manner, appearing to lack words that could evoke what they were feeling: *"No... I can't... I don't know..."*

Expressions like that make us think that there was a range of possibilities of meanings and senses on the employment of their silence. In this phrase, the UI meant something significant in these women's lives, and the silence seems to have been used as a strategy to deal with their internal conflicts. Possibly, keeping silent about UI meant to these women a manner to contain the illness. Meaning, it would be an alternative, through this psychic movement, to contain the physical symptom that UI causes.

Apparently to these women UI was represented as an anathema, a curse, which brings abomination, opprobrium and reprobation. An anathema is like being at the edge of society; it's the cursed and execrated. The curse is an expression that shows the anger, the resentment for an adverse event, and the cursed is the person who destiny and society seem to condemn, who brings unhappiness, disturbs and bothers (Houaiss 2001).

Since it was difficult to use words, the woman kept quiet. In this context, everything became “badly-said” and the silence may be interpreted as a way to show feelings that are painful and hard to explain: *“It’s horrible (silence)... Sometimes I feel pains in my belly... It’s very uncomfortable... Ah!... I don’t know!... It’s not bad... It’s... I don’t know... It’s not good.”*

Our clinic experience has shown that while what a person feels does not have a name, while the causes of their suffering are unknown to them, unexplainable, the pain and anguish are hard to elaborate. Giving a name to the illness or to the feelings experienced in relation to it, makes it more known and provides the person with means to deal better with it.

In the speech, the employment of silence confirms that it is something significant, a manner of demonstrating that which wasn’t said, that wasn’t exposed. The silence is ambivalent, veiling and unveiling senses and meanings, needed and dangerous in the discoursing interactions, in some dialogs these silences are more meaningful than the word (Melo, 2007).

Although, as these women loosened up and exposed themselves more in the interview, they were also able to talk about other symptoms correlating them with UI as an illness: *“I think that health problem is... Lately I have been feeling headaches, here in my forehead, and nausea...”*

To these women from an underprivileged socioeconomic condition and that, probably, had few opportunities in their life where they had a turn and a voice, being able to talk about urinary loss seems to have brought relief and to have provided a catharsis of their feelings of guilt, pain and anguish. Thus the interview seems to have exerted a therapeutic function: *“I felt better having gotten it out of my chest...”*

In the presence of the incontinent women’s speeches, we justified the existence of many forms of silence in their speech, and among them there is the silence that comes from the oppressed and represents a manner of resistance, but that can also mean a form of defense or self-protection (Orlandi 2007).

Thus, the silence needs to be heard, transformed and recorded as a form of speech. The not said is, in reality, the “not-heard”; wanting to hear it and interpret it is enough (Mello 2007). In face of this, we can infer that the low

social, economic and cultural situation of this sample of incontinent women interferes with their communication and with the expression of their feelings. Then, silence starts being used by them as psychosocial adaptive mechanism.

People frequently resort to psychosocial adaptive mechanisms as a form of defending themselves from internal conflicts (Turato 2008), since each person presents a personal and particular sensibility (affectionate) that is formed in a set of mechanisms, to which one resorts in reaction to agents that are considered stressors (Ballone 2000). Therefore, to break this protection barrier and minimize the suffering and anguish of this population wanting to hear them and interpret their silence was needed.

Conclusion

The study showed that for the interviewed women UI causes fear and shame of exposure. They minimized their urinary loss, talked in a contradictory manner and denied the illness and the feelings related to it to defend themselves of the distress that it evoked.

The difficulties presented by these women in verbalizing UI showed silence as an eloquent form of expression, which revealed itself as an essential element of communication. Silence that separated and/or truncated the interviewees' speeches was as important or more as the words said, because in reality it was filled with meanings and revealed the pain and anguish that they experienced.

These women's silence told that which was hidden, concealed, in the recondite places of their souls. And, in this case, the denial and silence emerged as a psychosocial adaptive mechanism developed in face of the experience of urinary loss, as an attempt to contain the physical symptoms and handle the experienced feelings.

Relevance for clinical practice

Considering that minimizing, denying and keeping silent were justified as means of protections from the anguish that the situation causes, we can then question: Do these women of underprivileged socioeconomic conditions have someone to hear them? Do they have opportunities to verbalize what torments them?

We believe and noticed that normally they do not have the opportunity to talk, as well as not having someone to listen to them. Thus, this study suggests that the health professionals must ask women about their experiences with UI, since they, probably, will not talk openly about their problem.

In addition to this, it is important for these professionals to be willing to understand and answer the implied messages in these women's speeches when they look for a health service. For this, they need to be welcoming in order to help women to overcome their fear and shame, skilled to break the secrecy, and sensitive to listen and interpret the silences.

References

- Balone GJ (2000) Imunologia e emoção. Retrieved Agosto 24, from PsiqWeb Internet, Web site: <http://gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/imuno.html>.
- Borba AMC, Lelis MAS & Brêtas ACP (2008) Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto Contexto Enfermagem*; 17(3):127-35.
- Bardin L (1977) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Botanski L (2004) *L'eclissi del corpo*. Translated by Regina A. Machado. 3ª ed. São Paulo: Paz e terra.
- Chvatal VLS, Böttcher-Luiz F & Turato ER (2009) Síndrome de Turner e variantes: reações e Mecanismos Psicossociais Adaptativos. *Revista Psicologia e Saúde*; 1(1): 9-14.
- Eksterman A (1994) Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos. *Rev. Bras. Psicanál*; 28(1):9-24.
- Hägglund D & Wadensten B (2007). Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behavior for long-term urinary incontinence. *Scand J Caring Sci*; 21:305-12.
- Hägglund D & Ahlström G (2007) The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs*; 16(10):1946-54.
- Higa R, Lopes MHBM & Turato ER (2008) Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 16(4): 779-786. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/20.pdf>.

- Houaiss A & Villar MS (2001) Dicionário Houaiss da língua portuguesa. 1ª edição. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Marshall G (1998). "Snowballing technique." A Dictionary of Sociology. Encyclopedia.com. In: <http://www.encyclopedia.com>. Acessado em 21 de dezembro de 2009.
- Mello R (2007). O silêncio faz sentido. In: www.filologia.org.br/ileel/artigos/artigo_146.pdf. Acessado em 21 de maio de 2009
- Minayo MCS (2004). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. Ed, São Paulo: Hucitec.
- Muchielli A (1990) Les Méthodes Qualitatives. Coleção Que sais-je?. Paris: França: Presses Universitaires de France.
- Orlandi E (2007). As formas do silêncio: no movimento dos sentidos. 6ª ed. Campinas: Editora da UNICAMP.
- Turato ER (2008). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3ª ed., Petrópolis: Vozes.

5. Discussão

Assim como neste estudo, em outras pesquisas (50) as mulheres relatam que para lidar com a IU tentam se distanciar do problema e pensar em outras coisas. A perda urinária foi descrita como um fenômeno natural, um problema comum em suas vidas como mulheres e mães. Inicialmente, elas demonstraram subestimar esse problema e verbalizaram preferir não pensar sobre o assunto. Porém, na medida em que elas tomavam consciência do quanto a perda de urina conduzia a sua rotina, perceberam a dimensão do problema e demonstraram apreensão e dor.

Para uma população que valoriza o corpo que tem força e como um instrumento voltado para o trabalho laboral, para o cuidado dos filhos e desejos do companheiro, a maternidade deixou marcas de um corpo defeituoso que perde urina e acelerou o processo de envelhecimento. As transformações percebidas sustentaram sentimentos de impotência sobre o seu corpo, no comando fisiológico do esfíncter vesical, no domínio das interações íntimas e sociais, e no controle de suas emoções.

Igualmente como relatado na literatura (51,52), percebe-se que para as mulheres entrevistadas o envelhecer significou distanciar-se da exigência da perfeição do corpo humano, com mudanças nas relações interpessoais. A identidade pessoal e os papéis sociais desempenhados refletiram como elas se sentem, são percebidas e valorizadas em diferentes sociedades. Assim, ao avaliarem ser demasiadamente jovens, essas mulheres tentam ocultar a perda de urina para enfrentar a sociedade e negar o sentimento de envelhecimento antecipado.

O corpo foi experimentado pelas mulheres incontinentes como descontrolado, com sentimentos de desamparo e angústia. A perda urinária demonstrou ser socialmente proibida, danosa e provocando sentimento de impotência associado a um corpo que as expunha a sensações obscenas. A impotência surgiu, também, das situações de vulnerabilidade emocional devido ao descontrole da bexiga.

Os significados dessas implicações foram além da perda de controle ou do inconveniente físico, afetou o bem-estar emocional, psicológico e social. Diante disso, chamou a atenção, tanto no estudo atual como na revisão da literatura, o fato de essas mulheres não procurarem por ajuda ou tratamento para a perda urinária. Neste estudo os sintomas da perda urinária foram mencionados como tendo aparecido anos atrás, com relato de até 23 anos. É possível que a vivência de sentimentos destrutivos, subestimação e negação tenham contribuído para esse comportamento.

Essas experiências demonstraram as diferentes maneiras que essas mulheres tinham em relacionar e lidar com seus limites e possibilidades em relação aos seus corpos, inseridos nos valores sociais e culturais, refletidos no

processo de produção para o trabalho e na transformação do feminino, do ser mulher para ser mãe, a qual entrecruzou prazeres e desprazeres, impôs limitações às realizações pessoais como mulher.

O contexto sociológico revela que o corpo da mulher é permeável e envolve um problema encoberto de idéias culturais sobre o corpo feminino (50). Assim sendo, para as mulheres estudadas o corpo pareceu imputado de significados, cortado por histórias de vida que alteraram as relações afetivas consigo e com o outro.

A vivência da sexualidade com a perda urinária foi mostrada com situações constrangedoras de um desejo interrompido e nunca satisfeito. Essas situações pareceram explicitar significados que refletem valores socioculturais das questões de gênero, da vivência da formação sexual de uma sociedade machista, ou seja, os relatos trouxeram à tona a obrigação da mulher em satisfazer o desejo sexual do homem em detrimento da sua própria vontade.

A literatura reforça que as mudanças físicas e psíquicas que a mulher enfrenta devem ser compreendidas tendo em vista as expectativas, vivências e representações sociais (51). Assim, ao reviver lembranças de condutas socialmente inaceitáveis para os adultos, com comportamentos determinados às crianças (descontrole dos esfíncteres, uso de forros), as mulheres relataram desejo e tentativa de encobrimento social da perda urinária, e deparam com a questão da visibilidade da IU como um estigma social.

Com a percepção de estigmatizada, elas vivenciavam sentimentos de inferioridade, baixa autoestima e rejeição do corpo atual. Evitavam o contato com as pessoas e se isolavam da sociedade. As crenças pessoais a respeito de comportamento decorrentes da IU moralmente inaceitável, elas viviam com vergonha e necessitavam distanciar-se das pessoas.

Essas mulheres pertencentes a uma sociedade economicamente desfavorecida evidenciaram perceber o preconceito e os limites físicos, emocionais e sociais impostos pela perda urinária. Experimentavam um turbilhão de sentimentos e procuravam maneiras diversas de encobrir a urina que escapava e o odor que exalava. Elas buscavam o equilíbrio de maneira dinâmica e constante para direcionar e solucionar os infortúnios provocados, e nesse processo de sobrevivência procuravam meios para superar as barreiras impostas pela IU.

Para serem aceitas em seu grupo laboral, elas reagiam tentando esconder a IU e manter uma identidade social como continentes. Adaptavam dispositivos e estratégias comportamentais para conter a perda de urina e demonstrar controle sobre seu corpo, como uma defesa para evitar o contato com angústia e se proteger dos sentimentos de exclusão e da vivência como estigmatizadas.

Ao tentarem habituar-se à nova forma de viver, elas negavam o problema urinário, lutavam sem se queixar, demonstravam não se dar conta que estavam sozinhas, que tinham uma vida solitária, e que não conseguiam buscar ajuda médica.

Houve evidência de que o sofrimento vivido com o problema urinário inicia um processo de negação para evitar admitir essa condição e que pode

ocorrer um profundo impacto de negação sobre si mesma. De tal modo que a procura por auxílio para a IU é prejudicada pela vergonha percebida e pelo constrangimento em discutir seus problemas. Resultados esses confirmados em outros estudos (53,54).

Embora algumas vezes elas tenham narrado abertamente as suas experiências com a IU, incluindo a influência negativa em sua vida sexual, verbalizaram que não falavam da sua perda urinária com ninguém, evitavam comentários e omitiam suas opiniões porque se preocupavam com a opinião do outro e tinham receio de ser criticadas, julgadas e mal interpretadas. Outras vezes tentavam demonstrar que o problema urinário era privado e não queriam compartilhar seus detalhes íntimos e sentimentos.

Durante a entrevista dessas mulheres de baixa situação socioeconômica e educacional, a observação do comportamento global e manifestações afins mostraram frases truncadas, sem completar o pensamento e com constantes silêncios alternados com episódios de choro e risos. A complexidade em usar as palavras certas as induziu a se calarem e, além do silêncio, deixaram transparecer o “mal-dito”. Nesse caso, o silêncio apontou uma forma de expressão, repleto de sentidos, e revelou-se essencial nessa comunicação.

De acordo com Boltanski (40), a barreira linguística que separa o médico das classes baixas predispõe o doente a fornecer informações mínimas, se reservam àquelas que permitiriam dar sentido aos seus atos. Essa população não possui equipamentos linguísticos e, mais particularmente, não domina o

vocabulário da introspecção e a linguagem das emoções, que lhe seria necessária para se abrir sobre seus problemas e preocupações mais íntimas.

Diante disso, é possível que além da vulnerabilidade emocional, dos sentimentos de medo, vergonha e constrangimento causados pela perda urinária, as limitações corporais enfrentadas nos discursos e na verbalização e expressão dos seus sentimentos foram questões que evidenciaram a impregnação de valores sociais e culturais nessa população na vivência com a perda urinária.

Acreditamos que quando a mulher busca por ajuda e consegue estabelecer uma relação com a IU, ela pode dar outro significado à essa condição e tentar descobrir um processo para equilibrar o sentimento com a razão.

A literatura relata que a compreensão do ser incontinente identifica formas de enfrentamento para continuar a viver, apesar deste evento (55). Assim sendo, a psicologia tem um papel a exercer e contribuir para que as experiências sejam vivenciadas como crescimento pessoal (51). O mecanismo de adaptação psicológica seria uma reação benéfica e poderia ajudar na resolução para esse problema, de modo que a essência do fenômeno da vida com IU pode ser descrita como uma situação de aceitar e ajustar-se.

6. Conclusões

Os resultados deste estudo indicaram que as experiências vividas e os significados psicossociais da perda urinária é um fenômeno universal entre as mulheres, uma vez que os sentimentos experimentados pelas mulheres brasileiras jovens, incontinentes e de situação socioeconômica desfavorecida, mostraram semelhanças com as pesquisas desenvolvidas com mulheres de faixa etária e grupos socioculturais distintos.

O estudo de revisão apontou poucas pesquisas que referenciavam relatos colhidos com mulheres. Mostrou que as reações e percepções da perda urinária são particulares, com distintos graus de angústia, de transtorno emocional frente a esse problema, os quais podem destruir a confiança e o respeito por si e impedir a procura por ajuda.

A relevância deste estudo está no fato de essas mulheres jovens, em idade reprodutiva, vivenciarem, com a maternidade, um corpo rejeitado, desgovernado e com percepção de envelhecimento prematuro. Os sentimentos de impotência do corpo, da sexualidade interrompida e voltada ao desejo do

outro, e a vivência de um estigma as conduziram ao silêncio, a não pedir ajuda e à experiência de uma vida solitária.

Como trabalhadoras, expressaram um desejo de gerir e controlar seu próprio corpo e demonstrar continência. Porém, as barreiras enfrentadas por pertencer a um grupo social, econômico e educacional pouco favorecido sugeriram dificuldade de expressão. Indicaram adotar estratégias comportamentais e psicológicas como a negação, o silêncio, isolamento e solidão, como forma de proteção dos sentimentos vivenciados e como forma de sobrevivência.

7. Implicação na Assistência

O medo, vergonha e humilhação impediram as mulheres de procurar por cuidados. Portanto, estes resultados sugerem que os profissionais de saúde devem ser precisos quando perguntarem sobre as experiências das mulheres com a IU porque, geralmente, elas não verbalizarão espontaneamente. Além disso, é importante que esses profissionais tenham capacidade e disposição para entender e responder as mensagens implícitas nos discursos dessas mulheres.

Estudos mostram que as mulheres desejam dos profissionais de saúde uma atitude de compreensão sobre seu problema (50). Assim sendo, com este estudo espera-se que os profissionais da saúde passem a observar e compreender as narrativas das mulheres. É preciso identificar as mulheres que vivem com IU e levar em conta que a vivência é uma condição exclusiva, única para cada pessoa.

A literatura mostra haver vários problemas como barreiras na atenção primária para oferecer um tratamento ideal para a IU, entre elas, o conhecimento e

formação dos profissionais de saúde com relação ao cuidado para manter a continência, algumas vezes são inconsistentes, e outras não sistemáticas.

Raramente é observado o acesso de enfermeiros especialistas em serviços de continência. Existem também obstáculos práticos que proporcionam tratamentos eficazes, como os grupos terapêuticos e psicoeducativos que permitem o compartilhamento de experiências e a ressignificação desses problemas nas etapas da vida das mulheres (28).

As descobertas da pesquisa se desdobraram em novas inquietações, possibilitando visualizar caminhos, experiências e fatos para serem revelados. A sua complementaridade demonstra permitir uma assistência de enfermagem que transcende à simples aplicação de técnicas e transferência de conhecimento com a imposição de orientações e cuidados.

Este estudo evidencia a necessidade da prática do enfermeiro no acolher, ouvir e traçar metas, culminando em um redirecionamento para determinar a melhor abertura e receptividade da população atendida, e na prestação de um atendimento de enfermagem a ser seguido com ações direcionadas para assistência física, psicológica e social, e voltadas para o tratamento e autocuidado.

Pesquisas relatam que devido à profunda negação e o impacto da IU, as mulheres se beneficiariam se os enfermeiros realizassem triagem para esta condição, ajudassem no acolhimento para minimizar o sentimento de solidão, e oferecessem apoio durante o tratamento auxiliar (33).

É natural que coletas de dados insuficientes ou não bem focadas sejam fatores relevantes nas dificuldades que enfermeiros brasileiros apresentam em identificar os problemas de enfermagem na área psicossocial. Portanto, para uma assistência de enfermagem abrangente e eficaz torna-se necessária a utilização dos diagnósticos de enfermagem. Com base nas entrevistas semidirigidas de questões abertas, o método clínico-qualitativo facilitou a identificação dos diagnósticos de enfermagem.

De acordo com os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA 2009-2011 (56) foi possível identificar alguns diagnósticos considerados prioritários na assistência à mulher com IU, sendo quatro diagnósticos de enfermagem de Domínio psicossocial: Distúrbio da imagem corporal, Risco para sentimento de impotência, Manutenção ineficaz da saúde e Interação social prejudicada. Constatou-se, ainda, a presença do diagnóstico de Padrões de sexualidade ineficazes, pertencente ao Domínio funcional.

A partir desses diagnósticos, os enfermeiros terão subsídios para propor intervenções de enfermagem e possibilitar a contemplação não apenas nos cuidados físicos de pessoas incontinentes, mas também nos aspectos psicossociais afetados neste grupo de pacientes.

Os resultados deste estudo confirmam que não se pode analisar a qualidade de vida das mulheres com IU de uma forma fragmentada, mas devem ser considerados os aspectos objetivos e subjetivos que a compõem. Por isso, vislumbrar o indivíduo sob uma perspectiva psicológica, social e cultural é mais

do que somar as partes, é perceber a integração e a interação em todas as dimensões da vida.

8. Referências Bibliográficas

1. Muraro RM. Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social da mulher brasileira. 5ª ed., Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1996.
2. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. A mulher hoje. In: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/mulher/mulherhoje.html>. Acessado em 21 de dezembro de 2009.
3. Souza CEC. Redação da Saúde em Movimento. In: http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=1036. Acessado em 16 de abril de 2007.
4. Real RAV, Kati LM, Marair S GF, Girão MJBC. Neurofisiologia da micção. In: Uroginecologia e cirurgia vaginal. Livro Eletrônico da Escola Paulista de Medicina – Unifesp. In: <http://www.uroginecologia.com.br/index/?q=node/6>, Acessado em 20 de abril de 2007.
5. Prior E, Oliveira LM, Sartori MGF, Girão MJBC. Mecanismo de continência urinária. In: Uroginecologia e cirurgia vaginal. Livro Eletrônico da Escola Paulista de Medicina – Unifesp. In: <http://www.uroginecologia.com.br/index/?q=node/6>. Acessado em 20 de abril de 2007.
6. Abrams P, Cardoso 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. *Urology* 2003; 61:37-49.

7. Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GR, et al. Validação do questionário de qualidade de vida ("King's Health Questionnaire") em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(5):235-42.
8. Guarisi T, Pinto-Neto AM, Osis M, J. Pedro AO, Costa-Paiva LH, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública* 2001; 35 (5). Disponível em: <http://scielo.br.php?script=sc...id=S0034-89102001000500004&lng=em&nrm=isso>.
9. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194(2):339–45.
10. Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2008; 42(1):187-92. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/25.pdf>
11. Björnsdóttir LT, Geirsson RT, Jónsson PV. Urinary incontinence and urinary tract infections in octogenarian women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 105-09.
12. Simeonova Z, Milsom I, Kullendorff AM, Molander U, Bengtsson C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 546-51.
13. Wennberg AL; Molander U; Fall M; Edlund C; Pecker R; Milsom I A longitudinal population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in women. *Eur Urol.* 2009; 55(4): 783-91.
14. Nygaard IE, Thompson FL, Svengalis SL, Albrigh JP. Urinary incontinence in elite nulliparous athletes. *Obstetrics & Gynecology* 1994; 84(2):183-87.
15. Davis G, Sherman R, Wong MF, McClure G, Perez R, Hibbert M. Urinary incontinence among female soldiers. *Military Medicine* 1999; 164(9):182-87.

16. Santos ES, Caetano AS, Tavares MCGCF, Lopes MHBM. Incontinência urinária entre estudantes de educação física. Rev. esc. enferm. USP. 2009; 43(2): 307-312. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200008&lng=en
17. Higa R, Lopes MHBM. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. Rev. Bras. Enferm. 2007; 60(2): 213-216. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a15v60n2.pdf>
18. Mourão FAG, Lopes LN, Vasconcellos NPC, Almeida MBA. Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. Acta Fisiatr 2008; 15(3): 170-75.
19. Reymert J, Hunskaar S. Why do only a minority of perimenopausal women with urinary incontinence consult a doctor? Scand J Prim Health Care 1994; 12:180-83.
20. Guarisi T, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Costa-Paiva LH, Faúndes A. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. Rev Bras Ginecol Obst 2001; 23(7):439-43.
21. Higa R, Lopes MHBM. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. Rev. Bras. Enferm. 2007; 60(5):503-6. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a04.pdf>
22. Silva L, Lopes MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razão da não procura por tratamento. Rev. Esc. Enferm. USP 2009; 43(1): 72-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100009&lng=en
23. Rett MT, Simões JA, Herrmann V, Gurgel MSC, Moraes SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. Rev. Bras. Ginecol. Obstet 2007; 29(3): 134-140. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000300004&lng=en

24. Song PH; Kim YD; Kim HT; Lim HS; Hyun CH; Seo JH; Yoo ES; Park CH; Jung HC; Gomelsky A. The 7-year outcome of the tension-free vaginal tape procedure for treating female stress urinary incontinence. *BJU Int* 2009; 104(8): 1113-7.
25. Honório MO, Santos SMA. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(1): 51-6.
26. Butler RN, Maby JI, Montella JM, Yong GGPH. Urinary incontinence: keys to diagnosis of the older woman. *Geriatrics* 1999; 4(10):22-30.
27. Bogner HR, Gallo JJ, Sammuel MD, Ford DE, Armeniam HK, Eaton WW. Urinary incontinence and psychological distress in Community-Dwelling older adults. *Journal of American Geriatric Society* 2002; 50(3):489-95.
28. Shaw C, Tansey R, Jackson C, Hyde C, Allan R. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Fam Pract* 2001;189(1):48-52.
29. Melville JL, Wagner LE, Fan MY, Katon WJ, Newton KM. Women's Perceptions about the Etiology of Urinary Incontinence. *Journal of Women's Health* 2008; 17(7):1093-98.
30. Lopes MHBM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2006; 40(1):34-41.
31. Foldspang A, Mommsen S. The International Continence Society (ICS) incontinence definition: is the social and hygienic aspect appropriate for etiologic research? *J Clin Epidemiol* 1997; 50(9):1055-60.
32. Teunissen D, Van den Bosh W, Van Weel C, Janssen T. It can always happen: the impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scand J prim Health Care* 2006; 24(3):166-73.
33. Nicolson P; Kopp Z, Chapple C. R., Kelleher C.. It's just the worry about not being able to control it! A qualitative study of living with overactive bladder. *British Journal of Health Psychology* 2008; 13:343–59.
34. Reis MR. O corpo como expressão de arquétipos. *Revista Latino-americana da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica* 2002; 20:1-14.

35. Hägglund D & Ahlström G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16(10):1946-54.
36. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
37. Rocha S. Teoria da Sexualidade Segundo S. Freud In:
http://www.artesdecura.com.br/REVISTA/Psicoterapia/teoria_sexualidade.htm
Acessado em 27 de abril de 2007
38. Freud, S. Três ensaios sobre a sexualidade. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
39. Cândido CL. Freud: um monista mentalista? *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2003; 19(2):127-33.
40. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 3ª ed., São Paulo: Editora Paz e Terra, 2004.
41. Muraro RM. Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil. 5ª ed. Rio de Janeiro: Record. Rosa dos Tempos, 1996.
42. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas humanas e da saúde. 2ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.
43. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.
44. Bleger J. Temas de psicología: entrevistas y grupos. Tradução Rita Maria M. de Moraes. 2ª ed. São Paulo: Martins Filho, 1998.
45. Marshall G (1998) "Snowballing technique" *A Dictionary of Sociology*. Encyclopedia.com. In: <http://www.encyclopedia.com> Acessado em 01 de dezembro de 2009.

46. Muchielli A. Les Méthodes Qualitatives. Coleção Que sais-je? Paris: Presses Universitaires de France, 1990.
47. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
48. Garcia-Roza LA. Freud e o inconsciente. 21ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética 1996; 4: 15-25.
50. Hägglund D, Wadensten B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behavior for long-term urinary incontinence. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2007; 21: 305–12.
51. Mori ME, Coelho VLD. Mulheres de Corpo e Alma: Aspectos Biopsicossociais da Meia-Idade Feminina. Psicologia: Reflexão e Crítica 2004, 17(2): 177-87
52. Wai Li FL, Low LPL, Lee DTF. Coping with stress incontinence: women's experiences of everyday inconveniences. International Journal of Urological Nursing 2007;1(3):112-9
53. Borba AMC, Lelis MAS, Brêtas ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. Texto Contexto Enfermagem 2008; 17(3):127-35.
54. Nicolson P; Kopp Z, Chapple C. R., Kelleher C. It's just the worry about not being able to control it! A qualitative study of living with overactive bladder. British Journal of Health Psychology 2008; 13: 343-59.
55. Andersson G, Johansson JE, Sahlberg-Blom, KNE. Accepting and Adjusting: Older Women's Experiences of Living With Urinary Incontinence. Urologic Nursing 2008; 28(2):115-21.
56. NANDA – International. Nursing Diagnoses: Definition and Classification 2009-2011. Iowa: Wiley-Blackwell, 2009.

9. Anexos

9.1. Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 27/11/07.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 820/2007 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0590.0.146.000-07

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “SIGNIFICADOS PSICOSSOCIAIS DA PERDA URINÁRIA PARA TRABALHADORAS DE CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS MENOS FAVORECIDAS: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rosangela Higa

INSTITUIÇÃO: CAISM / UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 06/11/2007

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 27/11/08 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Interpretar significados psicossociais da perda urinária como atribuídos por mulheres incontinentes, trabalhadoras de condições socioeconômicas menos favorecidas de um hospital de ensino da cidade de Campinas.

III - SUMÁRIO

A amostra será composta por mulheres, jovens e de meia idade, trabalhadoras do serviço de higiene e limpeza e o tamanho estabelecido pelo critério de amostragem por saturação. Para viabilização do método será empregada a técnica da Entrevista Semidirigida de Questões Abertas. A participação do sujeito ocorrerá espontaneamente mediante a concordância e assinatura do Termo de Consentimento. Análise: Os dados serão tratados pela Técnica de Análise Qualitativa de Conteúdo, através da análise temática, ou seja, os temas ou unidades de significados serão agrupados como definidores do discurso a partir da presença destes temas significativos e a seguir, serão identificado os valores de referência e os modelos de comportamento presentes nos discursos. Como quadros de referenciais de ancoragem serão utilizados teorias da sociologia e conceitos básicos extraídos da teoria psicanalítica. Palavras-chave: incontinência urinária, pesquisa qualitativa, saúde da mulher.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto apresenta-se bem redigido, com metodologia adequada para alcançar os objetivos propostos. Os critérios de inclusão das mulheres que participarão da pesquisa e a sequência em que esse procedimento será realizado estão bem definidos; o critério utilizado para a definição do tamanho amostral está bem definido e a análise dos dados detalhada e de acordo com o método escolhido. Os principais conceitos dos marcos teóricos de referência para a análise são adequados. Os aspectos éticos estão bem discutidos no corpo do projeto e o TCLE é claro e adequado às recomendações. O orçamento é detalhado. Considero o projeto adequado para o



estudo proposto.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

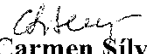
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 27 de novembro de 2.007.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

9.2. Anexo 2 – Carta de confirmação para publicação de artigo



● Confirmação de publicação e Solicitação de autorização para tradução espanhol - artigo 347/2007

De:

Revista Latino-Americana de Enfermagem

Para:

Rosângela Higa

Cópia:

Revista Latino-Americana de Enfermagem

Assunto:

Solicitação de autorização para tradução espanhol - artigo 347/2007

Data:

17/07/2008 09:21

Prezada Rosângela Higa

Seu artigo 347/2007 tem previsão de publicação no Volume 16 Número 4 julho-agosto 2008, da Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Visando ampliar a visibilidade de seu trabalho, gostaríamos de obter sua autorização para realizarmos, como *cortesia* aos autores, a tradução para o idioma espanhol, a fim de também disponibilizarmos essa versão na biblioteca eletrônica SciELO.

Atenciosamente,

Adriana Amaro
Secretária da RLAE
Seção de Comunicação Científica - EERP/USP
www.eerp.usp.br/rlae
www.scielo.br/rlae



Lembre-se: sua senha de acesso no BOL Mail é secreta; não a informe a ninguém. O BOL Mail jamais solicitará sua senha por e-mail ou por telefone. [Trocar senha](#).

9.3. Anexo 3 – Cartas de recebimento dos artigos submetidos

Dear Miss HIGA,

Your manuscript entitled "**Meanings of the body and the sexuality attributed by Brazilian women with urinary incontinence**" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Journal of Clinical Nursing. Your manuscript ID is JCN-2010-0077.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the Editorial Office with queries. If there are any changes in your mailing address or e-mail address, please log onto Manuscript Central at <http://mc.manuscriptcentral.com/jcnur> and edit your account accordingly.

The average time for the first decision to be made on a paper is around 8-10 weeks. However, the reviewing process can often take longer than expected so please do not be concerned if you have not heard from us after 10 weeks. Please be assured that we will be following up on any papers taking longer than 10 weeks and will get back to you as soon as possible. If you wish to view the status of your manuscript, you can do so at any time by checking your Author Centre after logging onto <http://mc.manuscriptcentral.com/jcnur>

Before we can begin to process your manuscript, we must receive a copy of the Copyright Transfer Agreement. This can be found by following this link:

<http://media.wiley.com/assets/1540/86/ctaaglobal.pdf>

Please complete and return the Copyright Transfer Agreement either by post to the below address or scanned via email to jcnedoffice@wiley.com. DO NOT send in an Exclusive Licence Form - it is no longer valid for this journal. We cannot send your paper for peer-review until we have this documentation, therefore please send it as soon as possible. (NB THERE IS NO NEED TO SEND A CTA FORM FOR REVISED PAPERS.)

Due to the volume of queries received at the Editorial Office we are unable to acknowledge receipt of the CTA forms, but will contact you if there are any problems and we have not received this form. Once the Copyright Transfer Agreement Form has been received, and if appropriate for the journal, your paper will be sent for peer-review. We thank you for your patience during this time.

Thank you very much for submitting your manuscript to the Journal of Clinical Nursing.

With best wishes,

Danielle Hollings
Editorial Assistant, Journal of Clinical Nursing
Blackwell Publishing
Professional Division
9600 Garsington Road
Oxford OX4 2DQ
UK
Fax: +44 (0)1865 471522

10. Apêndices

10.1. Apêndice 1 – Modelo do instrumento de coleta de dados

Significados psicossociais da perda urinária para trabalhadoras de condições socioeconômicas menos favorecidas: um estudo clínico-qualitativo

Entrevista Nº _____ Data: ____/____/____
Início: _____:_____ Término: _____:_____ Duração em minutos: _____
Entrevistador: _____ Assinatura: _____

A - Dados de Identificação Pessoal do Entrevistado:

1. Nome (iniciais): _____
2. Endereço/fone para contato: _____
3. Idade: ____ anos Escolaridade: _____
4. Situação conjugal atual há quanto tempo: _____
5. Constelação familiar. Com quem mora: _____
6. Salário atual: R\$ _____ Renda familiar: R\$ _____
7. Atividades de lazer/Tempo livre: _____
8. Religião (denominação)/Religiosidade (prática): _____
9. Tempo suposto do início do problema: _____ anos _____ meses
10. Outro dado relevante: _____

B - Questão sobre as reações e posicionamento frente da situação vivenciada:

1. Questão disparadora: *Fale-me como está sendo a sua experiência com a perda urinária.*
2. Conte qual é o seu sentimento quando fica molhada de urina.
3. Gostaria de saber de que maneira você lida com a perda de urina no dia a dia.
4. Você acha que o fato de perder urina mudou alguma coisa na sua vida? (sexual, social, ocupacional, econômica).
5. Fale-me das suas fantasias com relação à perda de urina durante a relação sexual.
6. Como é para você esse corpo de mulher que perde urina.
7. Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?

C – Dados da observação e auto-observação da entrevistadora:

1. Apresentação pessoal do informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), risos, sorrisos, choros e manifestações afins.
2. Reações/manifestações do tipo contratransferencial.

10.2. Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Significados psicossociais da perda urinária para trabalhadoras de condições socioeconômicas menos favorecidas: um estudo clínico-qualitativo

Pesquisadora: Rosângela Higa – Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Orientadores: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato – Professor Associado do Depto de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/UNICAMP

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Baena de Moraes Lopes - Professora Associada do Depto de Enfermagem da FCM/UNICAMP

Contatos: (19) 3521-9400 - Pós-Graduação em Tocoginecologia da FCM/UNICAMP
(19) 3521-8936 - Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP

Termo de Consentimento Informado em Pesquisa Clínico-Psicológica

O objetivo desta pesquisa é conhecer os significados psicológicos e sociais da perda urinária para a mulher, isto é, como a mulher pensa e se sente em relação a perder urina (perder xixi, “vazar”). Esta entrevista, assim como os registros serão realizados e utilizados somente pela pesquisadora responsável, você será identificada apenas pelas iniciais seu do nome e do número da entrevista. O relatório final será tema de minha tese de doutorado e poderá ser apresentado em congressos e publicado em revistas científicas.

Não haverá benefícios diretos ou imediatos para as participantes deste estudo.

Este **termo de consentimento** é para certificar de que **eu estou ciente** que:

1. Ao término da pesquisa os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.
2. A entrevista será gravada e meu nome não será colocado na cópia por escrito do que eu falar durante a entrevista. Alguns pesquisadores poderão conhecer o conteúdo do que eu falei na entrevista para discutirem os resultados, mas ninguém saberá o meu nome.
3. Não há riscos para minha saúde resultantes da participação na pesquisa.
4. Sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo a minha pessoa.
5. Terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e todas devem ser respondidas antes, durante e depois de encerrada a entrevista.

Portanto, eu _____ RG _____ concordo em participar voluntariamente dessa pesquisa acima mencionada. Por meio deste, dou permissão para ser entrevistada.

NOME: _____

ASSINATURA: _____

Pesquisadora: Rosângela Higa

Entrevistada: _____

Entrevista N^o _____

Local: _____

Data ____/____/____