

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA- EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

FLÁVIA AZEVEDO DE BRITO

**DESATENÇÃO A MULHERES INCONTINENTES NOS SERVIÇOS BÁSICOS DE
SAÚDE: significados atribuídos, implicações sociais e afetivas**

VITÓRIA
2016

FLÁVIA AZEVEDO DE BRITO

**DESATENÇÃO A MULHERES INCONTINENTES NOS SERVIÇOS BÁSICOS DE
SAÚDE: significados atribuídos, implicações sociais e afetivas**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória- EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Dr^a Raquel de Matos Lopes Gentili.

VITÓRIA
2016

Dados internacionais de Catalogação – na - Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

B862d Brito, Flávia Azevedo de.
Desatenção a mulheres incontinentes nos serviços básicos de saúde: significados atribuídos, implicações sociais e afetivas. / Flávia Azevedo de Brito. - 2016.
96f.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Raquel de Matos Lopes Gentilli.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2016.

1. Incontinência urinária. 2. Saúde da mulher. 3. Atenção primária. I. Gentilli, Raquel de Matos Lopes. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDU: 616.62-008.22

FLÁVIA AZEVEDO DE BRITO

**DESATENÇÃO A MULHERES INCONTINENTES NOS SERVIÇOS BÁSICOS DE
SAÚDE: significados atribuídos, implicações sociais e afetivas**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória- EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Raquel de Matos Lopes Gentili
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória- EMESCAM
Orientadora

Dr^a Sílvia Moreira Trugilho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória- EMESCAM
Banca interna titular

Dr^a Néville Ferreira Fachini de Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo- UFES
Banca externa titular

Dedico este trabalho à minha mãe que contribuiu decisivamente para que este sonho pudesse ser realizado. Meu anjo, minha luz.

AGRADECIMENTOS

A Deus meu alicerce, minha fortaleza.

A meu marido e companheiro de longa jornada por abraçar esse sonho comigo e por acreditar em meu potencial como pessoa e profissional. Você é meu porto seguro.

A minha filha Luísa que deu um sentido especial à minha existência e por me mostrar que a alegria da vida reside na simplicidade das coisas.

Ao meu filho Rafael que foi gerado e nasceu durante essa trajetória no mestrado. Obrigada meu anjo por se fazer gigante e me fazer refletir que a vida é mesmo mágica e esplendorosa. E que qualquer desafio torna-se pequeno diante da magnitude da vida.

Aos meus pais, Geraldo e Penha, agradeço pela sabedoria com que modelastes e formastes meu caráter, ética e índole. Tudo que sei e sou devo a vocês!

Agradeço de modo muito especial à minha mãe, meu tudo, que se doou inteiramente para os netos - A você minha eterna gratidão por cuidar de nossa Luísa e do nosso bebê Rafael para que eu pudesse estudar e trabalhar. Sem você eu não teria conseguido. Amo-te infinitamente.

À minha irmã Fernanda, sempre um recanto, uma alegria. Com você aprendi que não existem barreiras para nossos sonhos.

As amigas que fiz nesta caminhada Edialy e Ludmila, pela parceria, gargalhadas e palavras de encorajamento. Levarei vocês para a vida.

A minha orientadora, professora Dr^a Raquel de Matos um agradecimento carinhoso por todos os momentos de muita paciência, compreensão e competência.

Ao coordenador do programa Dr. Cesar Albenes, pelo apoio constante e enorme generosidade. A secretária do programa Yara Mussiello que sempre se mostrou solícita e disposta a ajudar, ainda que tivesse assoberbada pelo trabalho.

A todos os professores do programa de pós-graduação da EMESCAM que fizeram parte deste caminhar, pelos ensinamentos e momentos partilhados.

As mulheres participantes da pesquisa pela confiança, generosidade e sensibilidade no compartilhamento deste meu aprendizado.

A todos os funcionários da Unidade Regional de Saúde pelo acolhimento e dedicação para que esta pesquisa pudesse ser concluída.

Enfim, a todos aqueles que de uma maneira ou de outra contribuíram para que este percurso pudesse ser concluído.

“Alguns homens vêem as coisas como são, e dizem ‘Por quê?’ Eu sonho com as coisas que nunca foram e digo ‘Por que não?’ ”

George Bernard Shaw

RESUMO

A literatura atual demonstra a escassez de serviços de saúde às pessoas com perda urinária, em serviços de atendimento básico e os estudos nacionais mais atuais envolvendo mulheres com incontinência urinária (IU) são predominantemente de caráter quantitativo e desenvolvidos em sua maioria em ambientes hospitalares. Em face disso, o objetivo desta pesquisa de cunho qualitativo foi de compreender a experiência e as implicações sociais e afetivas de mulheres com perda urinária, que frequentam uma unidade de atenção primária de saúde e não possuem nenhuma perspectiva de tratamento. O método utilizado foi qualitativo descritivo e a técnica utilizada para a coleta das narrativas foi a entrevista semi-estruturada. O cenário do estudo foi uma Unidade Regional de Saúde (URS), localizada no município da Serra, Espírito Santo, Brasil. As personagens foram mulheres com queixa de perda urinária e que procuraram o atendimento do ginecologista na unidade regional de saúde, totalizando 11 entrevistadas. As narrativas foram analisadas através da técnica da análise de conteúdo proposta por Minayo, do qual emergiram três categorias nominais: eu incontinente, no limbo do SUS e vivendo na sombra da sobra. Os resultados apontam que as mulheres percebem a perda como um agravante de sua saúde, acreditam que a perda urinária tem solução apesar de desconhecerem tratamentos conservadores, expressam descrença nos médicos e no sistema de saúde, relatam temor pela cirurgia e temem a progressão do quadro. Emergiram ainda sensação de impotência, sentimentos de vergonha, tristeza e uma preocupação com a vida amorosa. Também emergiram relatos de restrições, ajustes de comportamento e limitação da convivência como estratégias para conviver com a perda. Nesse sentido, conclui-se que há uma necessidade de atendimento deste agravo nas unidades primárias de saúde, e de um diálogo mais aberto e acolhedor dos profissionais de saúde. Seria importante amparar e cuidar dessa mulher nesse nível de assistência a fim de evitar uma sobrecarga no nível terciário de saúde e minimizar os gastos com internações, medicamentos e cirurgias, além disso, a adoção de estratégias para a incontinência urinária na atenção primária poderia contribuir para uma vida com mais qualidade nos aspectos sociais, pessoais e afetivos.

Palavras Chave: Incontinência Urinária. Saúde da Mulher. Atenção Primária. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The current literature demonstrates the lack of health services to people with urinary incontinence in primary care services, and the latest national studies involving women with urinary incontinence (UI) are mainly quantitative and these researches are mostly developed in hospital. Hence, the goal of this qualitative research was to understand the experience and the social and emotional implications of women with urinary incontinence who attend a primary health unit and have no perspective of a health care. The method used was the content analysis and the technique used to collect the narratives was the semi-structured interview. The place of study was the Regional Health Unit, located in the city of Serra, Espírito Santo, Brazil. The participants were 11 women with urinary loss complaints that sought for gynecological care at the regional health unit. The narratives were analyzed using content analysis technique proposed by Minayo, from which emerged three nominal categories: Me as incontinent, on the brink of SUS and living in the shadows of the leftovers. The results show that women perceive urinary loss as an aggravating factor for their health, they believe that it has a solution though they are unaware of conservative treatments, they doubt the doctors and the health system, they are afraid of the surgery and fear the progression of their clinical condition. What is more, feelings of helplessness, of shame, sorrow and concern for the love life have emerged. Strategies to deal with the UI were the use of sanitary pads, wipes, toilet paper roll in the bag, extra underwear, use of dark clothes and especially avoid drinking water. Reports of restrictions, behavioral adjustment and interaction limitations as strategies to handle with the urinary loss have also emerged. Therefore, this research concludes that there is a need for care of this disease in primary health units, and a more open and friendly dialogue between health professionals. It would be important to support and take care of these women to avoid an overload in the tertiary level of health and minimize the costs of hospitalization, medications and surgeries. In addition, the adoption of strategies for urinary incontinence in primary care could help people to have a life with more quality in the social, personal and emotional aspects.

Keywords: Urinary incontinence. Woman's health. Primary health care. National health service.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Objetivos e roteiro da entrevista.....	17
Quadro 2- Representação dos nervos e neurotransmissores envolvidos na micção.....	37
Quadro 3- Comparação entre as características do PSMI e do PAISM.....	45
Quadro 4- Dados sócio-demográficos.....	48
Quadro 5- Dados clínico-obstétricos.....	50

LISTA DE SIGLAS

- APS: Atenção Primária à Saúde
- BH: Bexiga Hiperativa
- CAPs: Caixas de Aposentadoria e Pensões
- CNS: Conferência Nacional de Saúde
- DGSP: Diretoria Geral de Saúde Pública
- DNSP: Departamento Nacional de Saúde Pública
- HV: Hiperatividade Vesical
- HD: Hiperatividade Detrusora
- IAPs: Institutos de Aposentadoria e Pensões
- ICS- International Continence Society
- IMC: Índice de Massa Corpórea
- INPS: Instituto Nacional de Previdência Social
- IU: Incontinência Urinária
- IUE: Incontinência Urinária de Esforço
- IUM: Incontinência Urinária Mista
- IUU: Incontinência Urinária de Urgência
- MES: Ministério da Educação e Saúde
- MESP: Ministério de Educação e Saúde Pública
- NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde
- NOBs: Normas Operacionais Básicas
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PNAISM: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- PSMI: Programa de Saúde Materno-Infantil
- SUS: Sistema Único de Saúde
- TMAP: Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico
- UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância
- URS: Unidade Regional de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 MARCO TEÓRICO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	22
2.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS	
ATÉ A CONSOLIDAÇÃO DO SUS	22
2.1.1 Do movimento da Reforma Sanitária Brasileira ao nascimento do	
 SUS	28
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	32
3 COMPREENDENDO A INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA.....	35
3.1 FISIOLÓGIA DA MICÇÃO.....	36
3.1.1 Incontinência Urinária de Esforço.....	38
3.1.2 Incontinência Urinária de Urgência.....	39
3.1.3 Incontinência Urinária Mista.....	41
3.2 POLÍTICA DE SAÚDE PARA AS MULHERES.....	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
4.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICO-OBSTÉTRICOS:	
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
4.2 DADOS QUALITATIVOS:	
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
4.2.1 Eu incontinente.....	54
4.2.2 No limbo do SUS.....	60
4.2.3 Vivendo na sombra da sobra.....	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICES	81
APÊNDICE A	81
APÊNDICE B	82
APÊNDICE C	85
APÊNDICE D	86
ANEXOS	92
ANEXO A	92

1 INTRODUÇÃO

Em face às publicações e estudos das últimas décadas, a incontinência urinária (IU) tem sido apontada como o terceiro problema de saúde pública mundial (SELEME, 2006; DELARME LINDO, 2010), e vem sendo reconhecida como uma epidemia silenciosa afetando mulheres em todo o mundo (SELEME, 2006; LIMA, 2007; LIÃO, 2009), e, no entanto ainda invisível às políticas públicas.

A Sociedade Internacional de Continência – International Continence Society (ICS) é considerada atualmente uma das sociedades científicas mais sérias sobre o assunto, e tem contribuído através de suas pesquisas para uma maior visibilidade da IU no cenário mundial. Em 2002, incontinência urinária (IU) foi definida pela International Continence Society (ICS) como qualquer perda involuntária de urina, podendo ser classificada em três tipos: IU por esforço (IUE), IU de urgência (IUU), IU mista (IUM) (ABRAMS et al., 2002). Três anos mais tarde, em Paris, durante a III Conferência Internacional de Incontinência realizada também pela ICS, passou a ser considerada o terceiro maior problema de saúde, logo atrás dos cardíacos e do câncer (ICS, 2005).

A IU representa uma enorme fronteira social (DELARME LINDO, 2010) onde a perda da autonomia fisiológica tem acarretado uma grande vulnerabilidade emocional evocando sentimentos de medo, humilhação, ansiedade e vergonha.

Um assunto dessa magnitude não pode ser visto apenas num contexto biológico, mas também social como aponta Buzelin (1993, apud SELEME, 2006, p.81), em seu escrito intitulado “Uma via excretora urinária: para fazer o quê?”

[...] Alguns acham ainda que a via excretora urinária é simplesmente boa para conduzir a urina do rim a uretra, e reparar o erro de uma natureza imprevisível que colocou esses dois órgãos tão longe um do outro. Admite-se que o intestino seja longo, pois ele absorve, nutre e executa uma nobre função de eliminar os excrementos. Mas a via excretora urinária nada faz que drenar a urina, sem nada mudar na sua composição.

Essa sucessão de canais e reservatórios não foi, portanto, feita ao azar. Ela foi pensada para nossa segurança e nosso conforto. Os 30 centímetros que separam o rim da bexiga permitem ao ureter de propulsionar ativamente a urina colocando o rim protegido dos perigos do meio exterior, principalmente da hiperpressão e da infecção. A invenção da bexiga permitiu de substituir uma secreção lenta e contínua por uma evacuação massiva e breve, mais confortável. As espécies superiores aprenderam a controlar, reter e mesmo a

expulsar suas urinas, sob comando, e não somente para aliviar uma necessidade. A bexiga adquiriu um papel social.

Assim como o cachorro macho marca seu território molhando tudo o que é vertical, e reconhece tão bem seu odor que ele não faz jamais duas vezes no mesmo lugar, a não ser que um outro cachorro venha camuflar sua marca. O gato macho, pelo odor de sua urina, aproxima suas conquistas amorosas assim como os rinocerontes anunciam seus ataques urinando, e certos macacos, pendurados nas árvores, agridem seus inimigos no chão dirigindo neles um jato de urina. Para se defender o homem concebeu dois jogos menos inofensivos. Mas, se pretendemos que, em certas tribos nômades, os homens guardaram o hábito de urinar ao redor de seus acampamentos, que os caçadores de lobos fazem um círculo na zona de tiro para afastar os ataques do animal, e que, dessa maneira, o jardineiro protege as rosas da agressão dos gatos e cachorros... A função vésico-esfincteriana é então, indiscutivelmente, a função visceral, a mais inteligente...e, por conseqüência, a mais psicologicamente vulnerável.

O ser humano para lidar com a auto-imagem usa seu corpo como símbolo, tanto no contexto individual quanto no social e todas as facetas da adaptação social e da personalidade estão afetadas pela configuração e o funcionamento do corpo, ligadas à impressão causada nos outros e em si mesmo. A carência dos sentidos impede a plenitude da vida e significa, portanto “doença” (REIS, 2002).

Convém mencionar que IU apesar de ser caracterizada como um importante problema de saúde pública, ainda é pouco visualizada nas instituições acadêmicas como um problema social, e do mesmo modo pouco incluída na agenda das políticas públicas.

A literatura atual aponta que o significado da IU perpassa os problemas econômicos e educacionais da nossa população e evidencia as inquietações sociais e emocionais vivenciadas por este grupo ao autenticar que a IU é um problema que deve ser escondido como uma forma de proteção aos sentimentos de angústia, medo e vergonha, e pode levar a uma vida solitária como alternativa de sobrevivência diante das marcas profundas de um estigma que interfere na sua qualidade de vida (HIGA et al., 2010). Conviver com a IU pode levar a pessoa a modificar alguns comportamentos na tentativa de se adaptar às inconveniências da perda urinária, através do uso de estratégias como uso de roupas de cor escura, desodorizadores fortes, diminuição da ingestão de líquidos, suspensão de medicamentos que estimulem a eliminação urinária, procura imediata de banheiro em locais públicos e isolamento social (ABREU, 2007).

Nesse sentido inserir esse trabalho nas ciências sociais, possibilitará ampliar o “olhar” para muito além da determinação puramente biológica do processo saúde-doença, através da exploração de implicações sociais e afetivas das mulheres que convivem com a IU e são desassistidas pela atenção primária do SUS em nosso país.

Embora a IU possa se manifestar em ambos os sexos, estudos apontam as mulheres como um grupo de maior acometimento (BORBA, LELIS, BRÊTAS, 2008; HIGA et al., 2010; DELARME LINDO et al., 2013; SACOMORI, NEGRI, CARDOSO, 2013). Um estudo realizado na Catalunã- Espanha, com uma amostra de 18.126 indivíduos, aponta que mais de 500 mil pessoas têm perda involuntária de urina e que 77,8% são mulheres (ESPUÑA-PONS, 2009). Esses estudos mostram que a prevalência da IU aumenta com a idade, mas pode acometer mulheres de várias idades e de diferentes padrões culturais e classes econômicas.

A prevalência de IU em mulheres em todo o mundo está em torno de 10% a 55% (ABRAMS et al., 2005). No Brasil há uma dificuldade em se estabelecer a prevalência nacional de IU, uma vez que a maior contribuição de estudos sobre prevalência da incontinência urinária feminina se concentra na região sudeste, sobretudo nas regiões metropolitanas, como apontado em um artigo de revisão sistemática de estudos sobre prevalência da IU feminina no Brasil, publicados de 2000 a 2012; esse estudo mostrou que a prevalência de IU variou de 5,8% a 72% com tamanho amostral variando de 1256 a 32 mulheres, dos quais dos 22 artigos analisados, 11 se concentravam no sudeste do país, 5 no sul, 4 no nordeste e 2 no centro-oeste (JUSTINA, 2013). Em outra publicação recente, Sacomori, Negri e Cardoso (2013), realizaram um estudo com 784 mulheres do sul do país e apontaram uma prevalência de IU de 30,7%.

Observa-se que os estudos brasileiros apresentam dados variados de prevalência de IU, se concentrando em sua maioria na região sudeste do país e apresentando tamanho amostral pequeno haja vista as proporções dimensionais do nosso país; de tal modo que para que esse tema seja incluído na realidade de vida e saúde da população brasileira, serão necessários mais estudos epidemiológicos, levando em consideração nossa diversidade cultural e nossa dimensão geográfica.

Estudos apontam que embora a IU seja um agravo freqüente na vida das mulheres, comprometendo sua qualidade de vida (HONÓRIO, SANTOS, 2009; SACOMORI, NEGRI, CARDOSO, 2013), a busca por tratamento ainda não é priorizada (SILVA, LOPES, 2009; GUARISI et al., 2001a). Os mesmos autores que mencionam que a busca por solução nem sempre é priorizada, apontam também uma necessidade de maior conscientização e informação de mulheres e médicos quanto aos benefícios do tratamento para IU.

Os dados sobre prevalência e qualidade de vida em mulheres brasileiras com IU sugerem que o serviço de atenção à saúde da mulher deva ser expandido, sobretudo na atenção primária (que funciona como importante porta de entrada do nosso sistema de saúde), através da incorporação de medidas de prevenção e reabilitação direcionadas à incontinência urinária na população feminina geral (SACOMORI, NEGRI, CARDOSO, 2013). Para tanto é necessário a inserção de políticas públicas voltadas à saúde da mulher, com intervenções mais incisivas na prevenção e reabilitação para contribuir com a resolubilidade deste agravo (DELARME LINDO et al., 2013).

Nesse contexto, a preocupação com a qualidade de vida e com as implicações sociais e emocionais das mulheres que vivenciam a perda urinária, constitui-se um desafio bastante significativo em nosso país. Deve ser igualmente objeto de reflexão sistemática em nosso meio.

Partindo-se do preceito de que o direito à saúde no Brasil surgiu como uma conquista social significando a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal às ações e serviços de saúde; e que, as necessidades de saúde não podem ser tratadas como mercadorias, acessíveis somente a quem puder pagar, nos fazem compreender que a saúde não deve ser objeto de lucro e sim de responsabilidade do Estado e dos cidadãos.

A incorporação das ações de promoção e proteção às de reabilitação trouxeram à tona a compreensão de que é preciso que a sociedade atinja níveis razoáveis de bem-estar para todos, com respeito à cidadania e à convivência social. Não basta curar doenças e agravos. É preciso também possibilitar boas condições de saúde e bem-estar para evitar a fragilização dos indivíduos e possibilitar sua participação integral na sociedade (GIOVANELLA, LOBATO, 2012).

Para que a população feminina possa ser auxiliada nesse processo saúde-doença também se faz necessário que os profissionais de saúde estejam empenhados na identificação e tratamento da incontinência urinária (BARBOSA et al., 2009).

Convém mencionar que no Brasil os tratamentos oferecidos pelo SUS para IU, são cirúrgicos ou medicamentosos, sendo os tratamentos conservadores, na maioria das vezes, ofertados apenas pelo setor privado (DELAMERLINDO et al., 2013). Esse fato sobrecarrega o setor terciário do sistema de saúde e contradiz os princípios do SUS de universalidade e integralidade.

Lecionando há 05 anos a disciplina de saúde da mulher e convivendo ao longo desses anos com mulheres incontinentes foi possível observar situações de falta de acolhimento e desamparo, além de uma enorme carência de estudos científicos que ouvissem os relatos daquelas que convivem com a perda urinária em silêncio. Há poucos estudos qualitativos abordando a experiência de mulheres com perda urinária, como apontado em um estudo de revisão sistemática de estudos qualitativos publicados até o ano de 2009, onde dos 13 artigos que constituíram o corpus analítico da revisão, apenas duas publicações foram desenvolvidas no Brasil, sendo uma em 2007 e outra em 2008 (VOLKMER et al., 2012), e não foram encontrados registros das implicações sociais e afetivas em face da ausência de tratamento para mulheres com IU na atenção primária. A relevância desta pesquisa está no estudo destes aspectos ainda não estudados em saúde da mulher, auxiliando para o aprimoramento do acolhimento, por meio da valorização de uma escuta profissional mais qualificada e também para contribuir com a inserção de intervenções na atenção primária, nos processos promocionais e preventivos da saúde da mulher.

Este estudo tem como objetivo geral analisar a experiência e as implicações sociais e afetivas de mulheres com perda urinária que frequentam uma unidade de atenção primária de saúde, sem nenhuma perspectiva de tratamento. E como objetivos específicos: 1) destacar características sócio-demográficas e clínico-obstétricas das mulheres com perda urinária; 2) descrever a percepção das mulheres sobre a perda urinária como agravo de saúde; 3) verificar o conhecimento sobre possibilidades terapêuticas e perspectivas futuras em relação à perda urinária; 4) identificar as

implicações sociais e afetivas da vivência com a perda urinária em decorrência da falta de atendimento na atenção primária.

Optou-se por um caminho qualitativo no desenho metodológico, entendendo a importância de buscar o significado inerente aos fatos abordados.

O método qualitativo oferece os instrumentos necessários à compreensão do significado das “coisas” na vida dos seres humanos. O que as “coisas” representam (fenômenos, ocorrências, manifestações, fatos, ideias, sentimentos, assuntos), dá molde a vida das pessoas. O valor do significado das “coisas” reside no fato deste ser o alicerce sobre o qual os indivíduos estruturam suas vidas. Assim, importa não o fenômeno em si, mas o significado que este ganha para os que o vivenciam (TURATO, 2005).

[...] o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Embora já tenham sido usadas para estudos de aglomerados de grandes dimensões (IBGE, 1976), as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análise de discursos e documentos (MINAYO, 2013, p. 57).

Nesse sentido a abordagem qualitativa foi realizada através da técnica de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B), permitindo uma maior interação entre o pesquisador e os atores envolvidos, além de ser um importante instrumento para os profissionais da saúde da mulher, que normalmente se destinam a realizar pesquisas de caráter quantitativo.

Para Minayo (2013, p. 261), “a entrevista, no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo.”

Segundo Minayo,

[...] a entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo (MINAYO, et al. 2013:261).

Diante do exposto, realizou-se entrevistas individuais semi-estruturadas com as mulheres que apresentavam queixa de perda urinária. Esta entrevista apresentou questões fechadas com base nos fatores de risco para IU e pressupostos teóricos disponíveis na literatura, com o objetivo de destacar as características sócio-demográficas e clínico-obstétricas desta amostra. E também foi composta de questões abertas para configurar os aspectos qualitativos dessa pesquisa.

O roteiro das perguntas que compuseram a entrevista semi-estruturada foi elaborado a partir dos objetivos, com perguntas relacionadas aos objetivos específicos da pesquisa (quadro 1).

Quadro 1 - Objetivos e roteiro da entrevista

Objetivos específicos	Perguntas da entrevista
1- Destacar características sócio-demográficas e clínico-obstétricas das mulheres com perda urinária	-Respondida com as perguntas fechadas da entrevista
2- Descrever a percepção das mulheres sobre a perda urinária como agravo de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Em que momento da sua vida começou a perceber que você estava perdendo urina? - O que você acredita que tenha causado a sua perda urinária? - Você já contou para alguém da sua família ou amigas(os) que você tem perda urinária?
3- Verificar o conhecimento sobre possibilidades terapêuticas e perspectivas futuras em relação à perda urinária	<ul style="list-style-type: none"> - Você acha que seria necessário (importante) um tratamento para a sua perda urinária? Por quê? - Já procurou um profissional de saúde para falar desse problema? Conte-me como foi. Se não, por quê? - Você acredita que a perda urinária tem solução? Tem algum tipo de tratamento para isso?
4- Identificar as implicações sociais e afetivas da vivência com a perda urinária em decorrência da falta de atendimento na atenção básica	<ul style="list-style-type: none"> - Aqui nessa unidade de atendimento tem tratamento para perda de urina? *Se a resposta for negativa, qual a sua opinião sobre o fato dessa unidade de atendimento não ter um tratamento específico para perda de urina nas mulheres? O que você pensa sobre isso? - Quais os sentimentos em relação a sua perda urinária? - Você já deixou de sair por causa da perda urinária? - A perda urinária já atrapalhou sua vida íntima? Conte-me! Como se sente quando acontece? - Usa absorvente ou toalha? (Estratégias de enfrentamento) - Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?

Fonte: Elaborado pela autora

A pesquisa foi realizada na Unidade Regional de Saúde (URS) de Serra Dourada II, localizada no município da Serra, Espírito Santo, Brasil. As unidades regionais de saúde funcionam como suporte para as unidades primárias de saúde oferecendo os mesmos serviços e ainda programas para grupos específicos.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde da Serra 2010-2013, a rede de serviços de saúde municipal conta com 6 Unidades Regionais de Saúde (URS). Por conveniência esta pesquisa foi realizada na Unidade Regional de Serra Dourada II.

Para maior compreensão do problema estudado se fez necessário definir critérios para selecionar os indivíduos que iriam compor o universo de investigação. Desse modo foram incluídos no estudo: as mulheres que apresentavam queixa de perda urinária e que aceitavam participar da pesquisa, sendo excluídas do estudo as mulheres com problemas neurológicos, as menores de 18 anos, as gestantes e as mulheres com alterações cognitivas que impossibilitassem a compreensão das perguntas.

Foram considerados sujeitos do estudo as mulheres que se encaixavam nos critérios de inclusão da pesquisa e que procuraram o atendimento do ginecologista na unidade regional de saúde de Serra Dourada II, durante o período estabelecido por conveniência de 01 a 30 de janeiro de 2015.

Nesse período essas mulheres foram abordadas pela pesquisadora enquanto aguardavam atendimento médico na unidade. Nesta etapa o instrumento foi um questionário simples (APÊNDICE A), com a finalidade de identificar mulheres que apresentassem a queixa de perda urinária. As perguntas utilizadas foram extraídas de um questionário específico para incontinência urinária (ICIQ-SF), validado e traduzido no Brasil por Tamanini e colaboradores em 2004. Foram utilizadas três das quatro perguntas do ICIQ-SF.

De acordo com Corcos (2002), a aplicação de questionários em mulheres incontinentes é bem aceita, uma vez que o impacto sobre os fatores individuais pode ser avaliado. Para que sejam eficientes, estes instrumentos devem ser simples, ter relevância e ser de fácil compreensão.

As mulheres que apresentavam a queixa de perda urinária (em resposta afirmativa a pergunta número dois do apêndice A) foram convidadas a participar de uma entrevista semi-estruturada individual com a pesquisadora sendo agendado um horário e dia para a realização da entrevista, de acordo com a disponibilidade delas. A entrevista com a pesquisadora foi realizada na própria unidade de saúde, em uma

sala cedida pela coordenadora da unidade, a fim de resguardar o silêncio e a privacidade da pesquisadora e paciente durante a entrevista.

Antes do início da entrevista houve uma preocupação ética, de explicar pausadamente para as mulheres que seriam entrevistadas todos os aspectos inerentes à pesquisa e participação delas na mesma, conforme resolução 466/12, em seguida todas assinaram e receberam uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C). As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente para posterior análise dos dados. Sendo assegurado o sigilo das informações extraídas da entrevista mediante a não identificação nominal das participantes, identificadas apenas por códigos (M1 a M11). A guarda das informações ficará sob a responsabilidade da pesquisadora responsável por 5 anos.

O presente trabalho foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-EMESCAM, com o parecer 848/217- ano 2014 (ANEXO A).

Dessa forma o trabalho foi realizado em duas etapas: a primeira realizada através de um questionário (APÊNDICE A) para a identificação das mulheres que apresentavam a perda urinária. E a segunda etapa caracterizada pela entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B) com as mulheres que apresentavam a perda urinária e que aceitaram participar do estudo.

Por se tratar de pesquisa qualitativa o número de participantes não foi definido previamente, mas optamos por fechar o número de participantes atendendo o critério de saturação, que ocorre quando os participantes passam a repetir conteúdos e não mais acrescentam à pesquisa.

Em alguns métodos de pesquisa qualitativa, a amostra se dá por saturação, ou seja, a amostra é proposital [...]. O fechamento do grupo de participantes será definido quando as informações coletadas com certo número de participantes passarem a repetir conteúdos e não proporcionarem acréscimos significativos ou quando o pesquisador já tiver atingido seus objetivos com as informações coletadas (RAMOS; JUNQUEIRA; PUPLAKSIS, 2008, p. 195).

Nesse sentido, atendendo os critérios de saturação mencionados, a amostra desta pesquisa foi formada por 11 mulheres incontinentes.

A pesquisa ofereceu risco mínimo, tais como constrangimentos, que serão amenizados com o anonimato e sigilo de dados que possam identificar os sujeitos entrevistados.

As informações coletadas com dados qualitativos foram analisadas de acordo com o método de análise de conteúdo, que de acordo com Minayo, 2013, é considerado apropriado para investigações qualitativas em saúde.

Análise de conteúdo é uma ferramenta que permite compreender, partindo da realidade expressa nos discursos, o significado que os indivíduos emprestam aos fenômenos à sua volta (TURATO, 2005). Esta análise foi realizada em 3 etapas distintas, seguindo a metodologia proposta por Minayo (2013).

A primeira etapa denominada de pré-análise, configura a observação, sendo o momento em que o pesquisador faz a leitura flutuante de parte do material coletado. Na segunda etapa, o pesquisador deve explorar o material coletado. Com este material foi realizado a delimitação das unidades e subunidades temáticas, através dos recortes no texto que fundamentam o objeto. Na terceira etapa, o pesquisador parte para o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, objetivando destacar as informações obtidas correlacionando-as ao quadro teórico previsto.

Dessa forma, foi estabelecido como unidade de análise as experiências e implicações sociais e afetivas da IU em mulheres que freqüentam uma Unidade Regional de Saúde, no município da Serra-ES.

Como sub-unidades foram trabalhados as características sócio-demográficas e clínico-obstétricas, a percepção das mulheres sobre a IU como agravo de saúde, considerando as terapêuticas existentes/não existentes, o atendimento/não atendimento no SUS, perspectivas futuras em relação a perda urinária e as implicações afetivas e sociais da convivência com a IU.

Para análise desses dados considerou-se as categorias de análise, com base na produção teórica sobre IU: tipos de IU, tipos de parto, episiotomia e menopausa.

Os dados relacionados às características sócio-demográficas e clínico-obstétricas não foram analisados quantitativamente, apenas demonstrados por se tratar de uma

pesquisa qualitativa. Esses dados foram armazenados em uma planilha do Excel/2007 e apresentados no corpo do trabalho através de quadros.

Dessa forma o presente estudo encontra-se organizado em 5 Seções. A primeira, *Introdução*, que traz uma abordagem inicial sobre o tema e contém a metodologia desta pesquisa. A segunda, *Marco teórico sobre a Política de Saúde no Brasil*, que apresentará um panorama geral do processo histórico de conformação e consolidação do Sistema Único de Saúde do nosso país, além de abordar aspectos importantes da atenção primária. A terceira Seção, *Compreendendo a Incontinência Urinária Feminina* que discorrerá sobre a fisiologia da micção, os diferentes tipos de incontinência, os fatores de risco envolvidos nessa condição, além de, um breve relato sobre a Política de Saúde da Mulher. A quarta, *Resultados e Discussão*; por fim, a quinta seção apresentará as *Considerações finais*.

2 MARCO TEÓRICO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.” Chico Xavier.

A Constituição Federal de 1988 inseriu uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, assistência e previdência. Assimilando proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas sociais e econômicas, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), público, universal, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013).

Ressalta-se que a conquista da democracia, depois de 21 anos de ditadura militar, custou vidas, sofrimentos, energias e lutas do povo, e que grandes desafios continuam postos para a Reforma Sanitária Brasileira e a consolidação do SUS, enquanto sistema de saúde público, universal e de qualidade (PAIM, 2013).

2.1 – POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS ATÉ A CONSOLIDAÇÃO DO SUS

O conhecimento do processo histórico de conformação e consolidação do sistema de saúde é um elemento muito importante para a compreensão das bases do atual Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

No início do século XX, o Rio de Janeiro, era a maior cidade do país, centro político, cultural e comercial da nação. No entanto, seu perfil era de cidade decadente, suja e mal provida de equipamentos urbanos. Anualmente, a cidade era atacada por diversas epidemias que causavam milhares de mortes. As epidemias eram tão constantes que muitos navios preferiam passar distante de seu porto e desembarcar mercadorias e seus imigrantes em Buenos Aires (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

A situação da capital somente se transformaria em 1902, quando Rodrigues Alves assume a presidência e implementa um conjunto de reformas urbanas e de

saneamento que deram fim ao ciclo de epidemias que atacavam anualmente. As reformas urbanas ficaram por conta do engenheiro Pereira Passos, que assumiu a prefeitura do Rio de Janeiro e deu início a um grande processo de reforma do centro da cidade, abrindo ruas, demolindo cortiços e normalizando aspectos da vida urbana cotidiana que estariam em desacordo com os novos tempos. E o processo de saneamento ficou por conta do jovem médico Oswaldo Cruz, então diretor do Instituto Soroterápico Federal - futuro Instituto e Fundação Oswaldo Cruz. Em março de 1903, ele assumiria o cargo de diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), criada em 1886 para responder aos problemas de saúde que escapavam à responsabilidade dos estados (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Oswaldo Cruz se propôs então a erradicar a epidemia de febre-amarela através do modelo das campanhas sanitárias (modelo campanhista), destinado a combater as endemias urbanas e posteriormente, as rurais. Esse modelo foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação (POLIGNANO, 2008).

A onda de insatisfação se agrava com outra medida de Oswaldo Cruz, a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional. Surge, então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a revolta da vacina. No entanto, apesar das arbitrariedades e dos abusos políticos cometidos, o modelo sanitário campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas (POLIGNANO, 2008).

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, assumiu o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que veio substituir a antiga DGSP e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era predominantemente fiscal e policial. Gradativamente, com o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras o modelo campanhista deslocou a sua ação para o campo e para o combate das

denominadas endemias rurais, dado ser a agricultura a atividade hegemônica da economia da época (POLIGNANO, 2008).

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agroexportadora, baseada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde na época era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por este motivo, desde o final do século XIX até o início dos anos 1960, predominou o modelo do sanitarista campanhista (MENDES 1992, apud, POLIGNANO, 2008).

O início do processo de industrialização no país foi acompanhado de uma crescente urbanização inicialmente concentrada no eixo Rio-São Paulo e foi possibilitado devido a acumulação capitalista advinda do comércio exterior. Através das lutas sociais dos operários da época que não possuíam até então garantias trabalhistas como férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria, observou-se o nascimento da previdência social surgindo como um direito social (POLIGNANO, 2008).

O surgimento de uma atividade estatal em relação à assistência médica ocorreu em 1923, quando o governo através da Lei Elói Chaves, instituiu as primeiras Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) voltadas inicialmente para os funcionários de empresas ferroviárias existentes, representando a conformação de uma previdência social no Brasil (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em 1930, comandada por Getúlio Vargas é instalada a revolução, que rompe com a política do café com leite, entre São Paulo e Minas Gerais, que sucessivamente elegiam o Presidente da República. Vitorioso o movimento, foram efetuadas mudanças na estrutura do estado. No campo da saúde pública, o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945), deu vazão à antiga demanda dos sanitaristas de criação de um ministério para a área da saúde. Então ainda em 1930 é criado Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP), o ministério que unia Educação e Saúde Pública (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

O MESP passa então, a coordenar as ações de saúde de caráter coletivo. A assistência à população, não vinculada ao mercado formal do trabalho, continuava sendo prestada pelo poder público ou pelas entidades de caridade (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001).

Em 1933, as antigas CAPs são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Onde os trabalhadores eram organizados agora por categorias profissionais (marítimos, comerciários, bancários...) e não mais por empresas.

Os IAPs garantiam aos assegurados associados: aposentadoria; pensão em caso de morte para os membros de suas famílias ou para os beneficiários; assistência médica e hospitalar, com internação até trinta dias e socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração (POLIGNANO, 2008).

Em 1934, Gustavo Capanema, inicia sua gestão no MESP (1934- 1945), retomando as campanhas sanitaristas, interrompidas em 1930, com ações contra febre amarela e no campo de proteção materno-infantil. A reforma Capanema, proposta em 1935, veio à luz no início de 1937, e possibilitou uma nova estrutura ao ministério que passou a chamar-se Ministério da Educação e Saúde (MES). Nesse período foram instituídas as Conferências Nacionais de Saúde.

[...] Em 30 de Janeiro de 1941, através do decreto 6.788, o Presidente da República convoca a 1º Conferência Nacional de Educação e a 1º Conferência Nacional de Saúde (CNS) e determina que a primeira Conferência Nacional de Educação realizar-se-á no ano de 1941 e a primeira Conferência Nacional de Saúde realizar-se-á no mesmo ano imediatamente depois de encerrada a Conferência de Educação. Devendo esta ocupar-se dos diferentes problemas de saúde e da assistência, mas de um modo especial dos seguintes temas: organização sanitária estadual e municipal; a ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; um plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e a adolescência e determinação de medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento. Em 10 de dezembro de 1941, fora inaugurada a 1º Conferência Nacional de Saúde pelo Ministro Gustavo Capanema, num auditório do Departamento de Administração do Serviço Público, no centro da cidade do Rio de Janeiro (BRASIL, 1941, p. 7).

Entre as décadas de 1940 e 1950 começa a se configurar no país um modelo de assistência à saúde “hospitalocêntrico”, com o surgimento dos grandes e modernos hospitais públicos no país, a maioria dos quais previdenciários. Até 1948, existiam apenas cinco hospitais próprios dos IAPs. Em 1950, eram nove e em 1966, esse número subia para 28 (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Pode-se observar que essa tendência se consagra à medida que na década seguinte o número de estabelecimentos hospitalares havia triplicado.

Em seu segundo governo (1951-1954), Getúlio Vargas, sedimentou o populismo como modalidade de relação entre governante e governados. E no campo da saúde pública, começou a se constituir o “sanitarismo desenvolvimentista”, que sob a liderança de Mário Magalhães da Silveira, consolidou-se e adquiriu um estatuto de orientação institucional do Ministério da Saúde até o golpe militar de 1964. O pensamento sanitarista desenvolvimentista propagava que o nível de saúde de uma população dependia do grau de desenvolvimento econômico do país ou de uma região. Os objetivos da política de saúde, do segundo governo Vargas, foram associados às demandas por políticas sociais, subordinadas ao esforço do progresso e do enriquecimento da nação (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). O grande marco desse período foi a criação de um Ministério da Saúde (1953) segregado da Educação.

O início da década de 1960 foi marcado por insatisfações populares. A sociedade brasileira atingira considerável grau de industrialização e urbanização o que contribuiu para uma maior politização dos trabalhadores. Nessas condições, a população necessitava de mudanças estruturais, sobretudo na área da saúde.

Em 31 de março de 1964, as forças armadas brasileiras articularam e executaram um Golpe de Estado e instalaram um Regime Militar, com o aval dos Estados Unidos. Houve então o fortalecimento do Executivo justificado na área econômica com o chamado Milagre Brasileiro, associados ao capital estrangeiro. O regime militar instalado a partir de 1964, de caráter ditatorial e repressivo, utilizava-se de forças policiais e do exército para realizar o controle político do país (ESCOREL, 2012).

Apesar da ditadura, os militares instituíram medidas de políticas sociais, que além de controlar de forma unificada os serviços, ampliavam seus mecanismos sociais e ideológicos para se legitimarem perante a população.

Uma das medidas dessa época foi a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966. Configurando uma medida de racionalização administrativa sem alterar a tendência do período anterior de expansão dos serviços, em particular da assistência médica e da cobertura previdenciária. Até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pela rede de serviços próprios dos IAPs, composta por hospitais, consultórios e ambulatórios. A partir da criação do INPS, foi priorizada a contratação de serviços de terceiros, alegando a falta de capacidade da rede própria de serviços fornecer assistência médica a todos os beneficiários (ESCOREL, 2012).

Observou-se em 1970 que a previdência social, privilegiava o setor privado prestador de serviço, estimulando um padrão de organização da prática médica orientada pelo lucro, trazendo repercussões sociais e institucionais que podem ser identificadas até os dias atuais na estrutura de oferta dos serviços de saúde do SUS, tais como o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituídos por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde ou da cura de sua clientela, bem como o desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica. Assistimos, finalmente, a consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população (LUZ, 1991).

2.1.1 Do movimento da Reforma Sanitária Brasileira ao nascimento do SUS

Opondo-se às políticas de saúde adotadas pelo governo militar, o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira iniciado por profissionais de saúde que, de posse de diversos estudos feitos por intelectuais ligados à área de saúde, passaram a criticar o modelo vigente e a propor soluções para a sua reestruturação (FREITAS, 2006). A concepção política e ideológica desse movimento defendia a saúde como uma questão social e política a ser abordada no espaço público e não apenas como uma questão biológica a ser resolvida pelos médicos (PAIM et al., 2011).

À medida que o processo de abertura política crescia, com a oposição tendo vitórias significativas nas eleições parlamentares, o movimento foi crescendo e a ele foram se incorporando lideranças políticas, sindicais e populares, bem como parlamentares interessados na causa. A discordância do modelo vigente na década de 1970 somada a idealização de um modelo de saúde com características de universalidade no acesso, integralidade no atendimento, descentralizado e com participação da população em sua gestão, representavam os dois fatores que deram identidade ao movimento da Reforma Sanitária no Brasil (FREITAS, 2006).

De acordo com Freitas (2006) o movimento da Reforma Sanitária apresentou como principal intenção realizar uma ruptura com o reducionismo do modelo hegemônico vigente até então, que se focava nas características curativas e era voltado à atenção individual, apontando para a necessidade de novas práticas sanitárias que incorporassem o conceito da integralidade e uma visão ampliada do processo saúde-doença.

Em 1985, quando José Sarney assumiu o poder em função da morte de Tancredo Neves, os movimentos sociais se intensificaram sendo possível observar uma maior discussão sobre os novos rumos que o sistema de saúde deveria tomar. Então em 1986, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, para discutir a nova proposta de estrutura e de política de saúde para o país (FREITAS, 2006).

A VIII Conferência ocorrida em 1986 contou com ampla participação popular, e representou o maior fórum de debate sobre a situação de saúde do país até então na história do Brasil. Seu relatório serviu de base para as propostas de reestruturação do Sistema de Saúde no Brasil que deveria ser defendida na Assembléia Constituinte eleita em 1986 e que começou a funcionar em 1987, finalizando a constituição em 1988 (FREITAS, 2006).

Essa Conferência delineou os fundamentos do SUS e aprovou o conceito de saúde como um direito do cidadão. Também discutiu e propôs mudanças administrativas com desenvolvimento de várias estratégias que permitem a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais, estabelecendo os alicerces para a construção do SUS, teses que foram apresentadas à Assembléia Nacional Constituinte resultando no formato de um novo Sistema de Saúde para o país (PAIM, 2011).

Pela primeira vez a Nova Constituição Brasileira de 1988, trazia uma seção, sobre a saúde, concretizando as propostas da reforma sanitária e implementando o Sistema Único de Saúde, o SUS. A Constituição passava a apresentar um novo conceito de saúde voltado às necessidades da população, estabelecendo o compromisso do Estado com o bem estar social, garantindo os direitos e os valores da democracia e da cidadania, como elucidado no seu artigo 196, no capítulo VIII da *Ordem Social* – e na Seção II referente à saúde:

[...] A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2014, p. 58).

Além do artigo 196, a Constituição Federal passava a apresenta outros quatro artigos sobre o Sistema de Saúde brasileiro:

- art. 197: destaca que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

- art. 198: define o Sistema Único de Saúde como uma rede regionalizada e hierarquizada sendo pautado nas seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.
- art. 199: ressalta que a assistência à saúde é livre a iniciativa privada, podendo as instituições privadas participar de forma complementar.
- art. 200: dispõe sobre as competências e atribuições do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, nasce o SUS como um produto da Reforma Sanitária Brasileira, que se consagrou na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, com a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

A implantação do SUS começa no início da década de 1990, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080/90, que especifica sobre as atribuições e a organização do SUS e da Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e sobre as condições para as transferências de recursos. Posteriormente, foram reformulados os papéis dos órgãos governamentais na prestação de serviços e na gestão do sistema de saúde, adotaram novos critérios de transferência de recursos financeiros destinados à saúde, criaram e ampliaram as instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão, envolvendo a participação dos gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 1990) define as atribuições de cada esfera de governo no desenvolvimento das funções de competência do poder executivo na saúde e estabelece os princípios e diretrizes que norteiam o funcionamento do SUS, dentre os quais destacam-se:

- *Universalidade de acesso* aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência: reiterando que o acesso universal é a expressão de que todos têm o mesmo direito de conseguir as ações e os serviços de saúde de que necessitam independente de complexidade, custo ou natureza dos serviços envolvidos.

- *Integralidade de assistência*, entendida, nos termos da lei, como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; de acordo com Noronha, Lima e Machado (2012), a ideia é que as ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças não sejam separadas da assistência ambulatorial e hospitalar voltadas para o diagnóstico, tratamento e reabilitação. Para tanto os gestores e profissionais de saúde devem organizar as práticas dos serviços, de modo a permitir que essa integração ocorra.
- *Igualdade da assistência* à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
- *Participação da comunidade*: que se materializa no âmbito do SUS através dos conselhos de saúde e das conferências de saúde.
- *Descentralização político-administrativa*, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Afirmam Noronha, Lima e Machado (2012) que a consolidação de um sistema público e universal fortemente orientado pela diretriz da descentralização, em um país federativo, imenso e heterogêneo como o Brasil suscita importantes desafios.

Considerando a importância dos vários instrumentos utilizados e seus impactos sobre a gestão descentralizada do sistema de saúde, as normas operacionais e mais recentemente, o Pacto pela Saúde ocupam papel importante na regulação do processo de descentralização do SUS.

Em meados de 1990, foram publicadas quatro normas operacionais básicas (NOBs): 1991, 1992 (semelhante a anterior), 1993 e 1996, que se voltam para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade do Sistema de Saúde. Na década de 2000, foram publicadas a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), nas versões 2001 e 2002, com o objetivo de ampliar as

responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; definir o processo de regionalização da assistência; criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão e proceder à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. E em, 2006, são aprovadas as portarias do Pacto pela Saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012 e BRASIL, 2002).

O Pacto pela Saúde enfatiza as necessidades de saúde da população e implica no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

E mais recentemente, foi instituído o decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080 de 1990 e dispõe sobre a organização, o planejamento da saúde e a articulação entre os entes federativos do SUS (BRASIL, 2011).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A INCONTINÊNCIA URINÁRIA

De acordo com Giovanella e Mendonça (2012) a Atenção Primária à Saúde (APS) refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, voltadas a responder necessidades individuais e coletivas, representando a porta de entrada do sistema e o primeiro nível de atenção de uma rede organizada em complexidade crescente.

Um marco histórico mundial da Atenção Primária à Saúde foi a Conferência de Alma-Ata, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), que aconteceu em Alma-Ata, uma cidade do Cazaquistão no ano de 1978. Nesta ocasião a Atenção Primária foi entendida como atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação e tendo como foco a proteção e a promoção da saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Representa, portanto o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, constituindo o primeiro elemento de

um processo de atenção continuada à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Para Andrade, Barreto e Bezerra (2012) a declaração de Alma-Ata definiu que a APS deveria ser orientada em consonância com os principais problemas sanitários da comunidade e oferecer atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da saúde; serviços estes que refletiriam as condições econômicas e sociais de cada país e de suas comunidades, podendo, portanto, variar segundo os diversos países e comunidades.

De acordo com a produção de Starfield (2002), a APS é um nível de um sistema de saúde que possibilita a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção à pessoa e não à enfermidade, sendo vista como uma abordagem que forma a “base” e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para otimizar a saúde e o bem-estar.

Em resumo, pode ser compreendida como uma tendência de se inverter a priorização dos serviços de saúde, de uma abordagem curativa, centrada na hegemonia do médico, para uma abordagem preventiva e promocional, construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde e integrada com outros níveis de atenção (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012).

Na linha de cuidados preconizada pelo modelo do SUS, a abordagem curativa e preventiva da Incontinência Urinária (IU) ainda não é ofertada no nível primário de saúde no Brasil (VAZ, 2012), acarretando altos custos e sobrecarregando o nível terciário que recebe esta parcela da população carente de cuidados já de forma grave. A atenção primária ainda não tem responsabilidades quanto às ações de promoção, prevenção e detecção precoce relacionados à IU.

No Brasil, de acordo com o relatório de procedimentos hospitalares do SUS – DATASUS de 2013, foram gastos em torno de 3,4 milhões de reais com tratamento cirúrgico da IU no decorrer desse ano, sem considerar os investimentos com exames

diagnósticos, medicamentos, fisioterapia ou custos das próprias pacientes (DATASUS, 2013). Nos Estados Unidos o custo anual direto da IU é de mais de 19,5 bilhões de dólares, com perda de produtividade total estimada em 553 milhões (sendo 393 milhões perdidos por mulher), os autores desse estudo concluíram que a IU é uma condição de alto custo, gerando despesas anuais similares a outras disfunções crônicas da mulher (HU et al., 2004)

Tendo em vista que a IU é uma das condições de saúde crônicas mais prevalentes na população feminina, em diversas fases de sua vida, e que pode comprometer diferentes domínios da funcionalidade da mulher, incluindo os físicos, sociais, mentais e a qualidade de vida e que a Atenção Primária representa a porta de entrada do SUS, a abordagem de mulheres com IU deveria ser iniciada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, psicólogos, entre outros, da mesma forma que os demais agravos de saúde que podem receber tratamento precoce.

Convivemos com enormes situações de desigualdades em saúde relacionadas ao nível de renda, à escolaridade, ao local de moradia, à raça e ao gênero. As desigualdades de gênero, ainda são enormes em nosso país, sendo na maioria das vezes, desfavoráveis às mulheres, de modo que tais características precisam ser consideradas para orientar os planos e as ações de saúde. Por isso, devem constar na pauta de todos os conselheiros, gestores e trabalhadores da saúde (BRASIL, 2010).

Para conseguir efetivamente possibilitar a integralidade na atenção à saúde das mulheres, o SUS precisa enfrentar o desafio de propor políticas e programas que promovam mudanças no conjunto de necessidades relacionadas a esse âmbito COSTA (2012).

3 COMPREENDENDO A INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA

A IU é compreendida como uma disfunção do trato urinário inferior que acontece quando há alteração no processo fisiológico da micção ou nas estruturas de suporte e sustentação dos órgãos envolvidos no processo de micção (MARQUES; FERREIRA, 2011). É uma afecção multifatorial cada vez mais freqüente acometendo principalmente mulheres de 15 a 64 anos, contudo apenas uma pequena parcela das mulheres acometidas (25%) procura atendimento especializado (ALVES; ALMEIDA, 2009). Muitas mulheres que apresentam graus leve e moderado de incontinência não procuram assistência médica por acreditarem que a incontinência urinária é uma condição normal e resultante do processo de envelhecimento, além disso, sentem-se constrangidas para falar sobre esse assunto, tem baixa expectativa dos benefícios do tratamento e não sabem onde buscar tratamento (PRADO; LIMA; MOTA, 2013).

A IU pode acometer até 50% das mulheres em alguma fase de sua vida, mas aqui no Brasil sua incidência ainda é subestimada pela carência de estudos epidemiológicos (MONTEIRO; FILHO, 2007). Em publicação recente os autores mencionaram alguns estudos nacionais e internacionais sobre prevalência da IU e destacaram que 17 milhões de norte americanas têm algum tipo de incontinência urinária, e que uma entre quatro mulheres com idades entre 30 e 59 anos já teve um episódio de incontinência. Entre as mulheres norueguesas com mais de 20 anos de idade a prevalência da IU foi de 25%, e entre as norueguesas com idade entre 80 e 89 anos esse percentual subiu para 46%. Dados sobre a IU na população feminina brasileira apontam prevalência de 26,2% e 43% (PRADO; LIMA; MOTA, 2013).

Em artigo de revisão bibliográfica, Higa, Lopes e Reis (2008) identificaram como principais fatores de risco para a IU a idade, trauma do assoalho pélvico, fatores hereditários, raça, menopausa, obesidade, doenças crônicas, uso de alguns simpaticomiméticos e parassimpaticolíticos, constipação, tabagismo, consumo de cafeína e exercícios intensos na região abdominal.

Buscando uma padronização dos termos científicos, a Sociedade Internacional de Continência (ICS), definiu a IU em 2002 como qualquer perda involuntária de urina,

podendo ser classificada em três tipos: IU por esforço (IUE), IU de urgência (IUU), IU mista (IUM) que serão descritas no decorrer deste capítulo (ABRAMS et al., 2002).

A micção é uma função muito complexa do corpo humano e para que o enchimento e o esvaziamento da bexiga ocorram de modo adequado é necessário perceber o volume de urina, avaliar a possibilidade e a urgência do esvaziamento e só assim permiti-lo no tempo e lugar apropriado. Uma alteração nesse processo pode trazer repercussões na vida social e profissional (MARQUES; FERREIRA, 2011).

O controle da continência urinária envolve mecanismos de controle centrais e periféricos e depende de uma complexa inter-relação destes dois mecanismos. Os mecanismos centrais incluem informações do córtex cerebral, tronco encefálico (ponte) e segmentos da região toráco-lombar e sacral da medula espinhal que exercem suas inervações somáticas e autonômicas no trato urinário inferior. Os mecanismos periféricos que interferem e colaboram para a manutenção da continência urinária são os nervos espinhais, gânglios e as terminações nervosas, bem como a musculatura, fâscias e ligamentos do assoalho pélvico (NUNES; RESPLANDE, 2009).

3.1 FISILOGIA DA MICÇÃO

Quando o processo de armazenamento e/ou o esvaziamento da urina sofre alguma alteração, uma variedade de sintomas urinários pode ocorrer, sendo a IU o principal sintoma de um funcionamento anormal (MONTEIRO; FILHO, 2007).

A bexiga urinária é um órgão oco, constituído por musculatura lisa (detrusor), sendo, portanto mediada pelo sistema nervoso autônomo. Apresenta a função de armazenar a urina sem esforço ou dor e do mesmo modo eliminá-la completamente (MONTEIRO; FILHO, 2007).

À medida que o volume urinário aumenta na bexiga, ocorre um aumento da resistência à saída de urina. A função de armazenamento da urina é mediada, sobretudo pelo sistema nervoso simpático, que se origina na medula espinhal no nível de T10 a L2. Utilizando como neurotransmissor pós-ganglionar a

noradrenalina, ocorre a estimulação dos receptores alfa na uretra, levando ao fechamento uretral, por aumento do tônus muscular. Concomitantemente há diminuição do tônus muscular vesical¹ através da estimulação dos receptores beta (quadro 2). Através deste mecanismo a urina é armazenada na bexiga (MONTEIRO; FILHO, 2007).

Quadro 2- Representação dos nervos e neurotransmissores envolvidos na micção

Nervo	Sistema Nervoso	Fibras	Neurotransmissor	Local
Pélvico (esvaziamento)	Parassimpático	Colinérgicas	Acetilcolina	Uretra Bexiga
Hipogástrico (enchimento)	Simpático	Adrenérgicas	Noradrenalina	Uretra (alfa) Bexiga (beta)
Pudendo	Somático	Colinérgicas	Acetilcolina	Músculos periuretrais

Fonte: Marques; Ferreira, 2011.

A uretra feminina mede aproximadamente 4 cm de comprimento e é constituída por músculo estriado (músculos periuretrais localizados na porção distal da uretra), músculo liso da parede uretral (localizados em sua porção proximal) e pelo plexo venoso submucoso (MONTEIRO; FILHO, 2007). A fase de armazenamento de urina depende de um funcionamento adequado do fechamento uretral, de modo a manter a resistência na uretra elevada durante toda a fase de armazenamento. Esse mecanismo de fechamento uretral durante a fase de armazenamento depende de dois fatores – o intrínseco e o extrínseco.

Considera-se fator intrínseco uma boa coaptação² da mucosa uretral, associada ao adequado funcionamento estruturas anatômicas, preservação da elasticidade e do tônus uretral mediados pelos receptores alfa adrenérgicos do sistema nervoso simpático.

Enquanto os fatores extrínsecos relacionam-se as estruturas de sustentação da uretra, tais como músculos levantadores do ânus, fásia endopélvica e suas fixações nas paredes laterais da pelve e uretra (MONTEIRO; FILHO, 2007).

¹ Vesical: termo relacionado à bexiga.

²Coaptação: referente a aproximação; adaptação de partes separadas.

A fase de esvaziamento vesical é mediada pelo sistema nervoso parassimpático, que tem origem na medula sacral no nível de S2 a S4, junto com a inervação somática dos músculos do assoalho pélvico, uretra (músculo estriado) e esfíncter externo do ânus (MONTEIRO; FILHO, 2007). O sistema nervoso parassimpático utiliza como neurotransmissor a acetilcolina que possibilita a contração do detrusor e o relaxamento da musculatura periuretral (MARQUES; FERREIRA, 2011).

Convém mencionar que o controle da micção independe do desejo do paciente por ser mediada pelo sistema nervoso autônomo, entretanto há um controle voluntário do ato de urinar, fazendo com que a pessoa sinta o desejo de urinar e consiga a tempo escolher um local apropriado. Esse controle voluntário é possibilitado pelo sistema nervoso somático, que através do nervo pudendo, possibilita a contração da musculatura estriada da uretra (músculos periuretrais) (MARQUES; FERREIRA, 2011).

3.1.1 Incontinência Urinária de Esforço (IUE)

A IUE é definida como a perda involuntária de urina aos esforços (ABRAMS et al., 2002). Ocorrendo após ou simultaneamente a episódios de tosse, espirro ou aos esforços (MONTEIRO; FILHO, 2007).

É considerada a causa mais frequente de perda urinária nas mulheres podendo causar grande impacto na qualidade de vida das mulheres acometidas (GÉO et al., 2007).

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência (ICS) a IUE pode ocorrer quando são observadas alterações nas estruturas responsáveis pelo posicionamento do colo vesical, nos músculos do assoalho pélvico ou na coaptação da mucosa uretral (mecanismo intrínseco). Podendo se manifestar por duas situações específicas:

- 1- Hiper mobilidade do colo vesical (referente a uma alteração no posicionamento desta estrutura) e/ou,
- 2- Lesão intrínseca da uretra por pouca coaptação da mucosa uretral.

Merece destaque o fato de que na menopausa as mulheres têm diminuição do hormônio estrogênio e menor vascularização da mucosa uretral, fato que contribui para uma falha no mecanismo de coaptação uretral, fazendo com que os sintomas da IU sejam mais freqüentes nessa fase da vida. Convém mencionar também, que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), não é tão eficaz em mulheres que apresentam a IUE em virtude de lesão intrínseca da uretra, por comprometimento de diversos elementos da uretra como musculatura lisa ou estriada, inervação e/ou mucosa (MARQUES; FERREIRA, 2011).

3.1.2 Incontinência Urinária de Urgência (IUU)

A IUU ou urge incontinência é definida como a perda involuntária de urina precedida pela vontade iminente de urinar. É considerada a segunda causa mais comum de IU nas mulheres e está associada à síndrome da Bexiga Hiperativa (BH) (MARQUES; FERREIRA, 2011), que se caracteriza por contrações involuntárias do detrusor. As contrações podem ser espontâneas ou provocadas pela tosse, alteração postural, enchimento rápido da bexiga, barulho de água corrente ou ainda lavagem das mãos com água fria (GÉO et al., 2007).

Em 2002, a ICS elaborou novas definições para os sinais, sintomas e patologias que estivessem relacionadas a IU e renomeou a instabilidade vesical (termo usado desde 1988) como bexiga hiperativa, Hiperatividade Vesical (HV) ou Hiperatividade Detrusora (HD).

Então, a partir de 2002, como recomendado pela ICS, são considerados sintomas da bexiga hiperativa os descritos abaixo:

- Urgência: desejo repentino de urinar.
- Urge- incontinência: perda involuntária de urina precedida ou acompanhada pela urgência em urinar.
- Frequência urinária aumentada
- Noctúria: necessidade de acordar durante à noite para urinar.

Nesse sentido entende-se a bexiga hiperativa como uma urgência miccional acompanhada ou não pela incontinência de urgência, e comumente associada ao aumento da frequência urinária e noctúria (MARQUES; FERREIRA, 2011).

Com relação à terminologia verifica-se que quando a contração do detrusor é detectada através do estudo urodinâmico e esta associada às patologias do sistema nervoso, a terminologia utilizada é hiperatividade detrusora neurogênica. E quando a contração do detrusor não apresenta causa aparente a terminologia utilizada é hiperatividade detrusora não neurogênica. O estudo urodinâmico foi utilizado por muitos anos para estabelecer o diagnóstico da bexiga hiperativa, que hoje pode ser definida pela presença dos sintomas clínicos, que independem do aparecimento das contrações involuntárias do detrusor no estudo urodinâmico (mais precisamente na cistometria - parte do estudo urodinâmico que avalia a fase de armazenamento do ciclo miccional) (MARQUES; FERREIRA, 2011).

Em 2008, foi realizado em Paris, na França, o 4º Congresso Internacional sobre incontinência reunindo os maiores especialistas do mundo sobre esse assunto. Lá foram elaboradas algumas recomendações a partir da opinião baseada em evidência desse grupo de especialistas. O treinamento dos músculos do assoalho pélvico foi recomendado como tratamento de primeira linha para incontinência urinária de esforço, IUM e BH (HAY et al., 2009).

Marques e Ferreira (2011) destacam que apesar da bexiga hiperativa apresentar fisiopatologia bastante controversa, algumas teorias tentam explicá-la, como descrito abaixo:

- Teoria Miogênica: ocorreria um aumento da excitabilidade vesical em virtude de alterações histológicas do detrusor e de uma denervação parcial da bexiga.
- Teoria Neurogênica: destaca principalmente uma alteração na ponte, que deixaria de inibir o reflexo primitivo da micção.
- Teoria Autonômica: a hiperatividade detrusora seria desencadeada por um desequilíbrio a nível celular no detrusor, acarretando alteração nos estímulos inibitórios e excitatórios.

Essas mesmas autoras também destacam que pelo fato do sistema límbico estar envolvido no controle central da micção e por ser um sistema influenciado pelas manifestações emocionais, pode haver relação entre esses aspectos.

3.1.3 Incontinência Urinária Mista (IUM)

É definida pela perda involuntária de urina associada à urgência e ao esforço, espirro, tosse ou exercício, ou seja, se manifesta quando há simultaneamente incontinência de esforço e de urgência (MONTEIRO; FILHO, 2007).

3.2 POLÍTICA DE SAÚDE PARA AS MULHERES

Atualmente já são conhecidas as diferenças da incidência e prevalência de incontinência urinária nas mulheres em relação aos homens. É sabido que as mulheres são mais vulneráveis a este agravo e que não sabem como solucionar este problema no nível primário de saúde. A presença de mulheres incontinentes dentro das unidades de saúde exige dos profissionais de saúde um maior comprometimento na abordagem do problema e na intervenção sobre ele.

O quadro epidemiológico da saúde da população feminina no Brasil tem se tornado cada vez mais engenhoso pelo desvendamento de novas situações de vulnerabilidade que convivem com o agravamento de outros problemas já existentes. O desafio do SUS para dar conta da integralidade da atenção à saúde das mulheres é implementar programas e políticas que promovam mudanças nos problemas e necessidades relacionadas a esse âmbito (COSTA, 2012).

Através da análise dos indicadores de saúde de uma população é possível conhecer a vulnerabilidade e o risco que determinados fatores representam para a saúde das pessoas. Ao realizar uma comparação do estado de saúde por sexo, observa-se que os indicadores de morbidade e mortalidade apresentam desigualdades de saúde entre mulheres e homens, não meramente biológicas, mas também as relacionadas às condições de gênero, como por exemplo, características e particularidades dos

estilos de vida e de inserção social que incidem sobre a qualidade de vida, o adoecimento e morte. Faz-se necessário um olhar atento dos profissionais de saúde para identificarem essas desigualdades e as repercussões sobre a saúde, para que possam atuar de forma mais oportuna sobre os efeitos nas situações de vulnerabilidade e risco para homens e mulheres (COSTA, 2012).

Em virtude das piores condições de vida e das dificuldades de acesso à assistência à saúde, são as mulheres negras com baixa escolaridade, solteiras, com idade entre 20 e 39 anos, as que mais morrem, por todas as causas, no Brasil (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, alguns determinantes de desigualdades de saúde, como renda, classe social, raça, cor e escolaridade precisam ser analisados de maneira refinada, de modo a permitir, a formulação das intervenções sobre os determinantes sociais dessas desigualdades. Vale mencionar que a análise de alguns agravos, quando comparados na sua magnitude em relação ao sexo, permite destacar a importância de considerar o gênero nas análises de saúde de uma população (COSTA, 2012).

Observando a história das Políticas de Saúde no Brasil nota-se que a atenção à saúde da mulher tem sido reduzida aos parâmetros da atenção materno-infantil e, mesmo assim, ficando continuamente, relegada ao segundo plano. Freitas et al. (2009), destaca que a atenção a saúde da mulher no Brasil passa a fazer parte do escopo de políticas públicas a partir das primeiras décadas do século XX. Ressalta que no período de 1930 a 1950 a mulher era vista basicamente como mãe e “dona de casa”. E destaca que em 1960 surge a preocupação de se controlar a natalidade e o Estado passa a oferecer atenção às mulheres em idade fértil. No final da década de 1970 os programas de natalidade ganham destaque, negando atenção às reais necessidades ou preferências das mulheres.

O movimento feminista brasileiro não contente com as diferenças de gênero e com o enfoque reducionista dado à mulher propôs então na década de 1960, igualdade social que reconhecesse as diferenças, hoje expressa na ideia de “equidade de gênero”. Desse modo, emergiu um conceito novo de saúde da mulher, pontuando a saúde sexual e reprodutiva como um direito, quebrando o paradigma vigente pautado na função controlista de reprodução (GIFFIN 2002).

Foi através das lutas das mulheres por seus direitos e por condições mais dignas de vida que surgiram as primeiras medidas oficiais do Ministério da Saúde voltadas para a assistência integral à saúde da mulher. Em meio às limitações impostas pelo regime militar da época, o movimento feminista se reorganizou e realizou debates denunciando as condições precárias de saúde da mulher brasileira. Solicitavam que a mulher não fosse vista apenas no seu estado gravídico-puerperal, exigindo que as ações de saúde deixassem de contemplar a mulher sob esse único aspecto. Foi então na década de 1980 que foram incorporadas as ações de caráter integral à saúde da mulher (FREITAS et al., 2009).

A luta do movimento feminista foi fundamental para que a mulher tivesse o olhar mais ampliado sobre sua saúde, com redução das ações restritas e fragmentadas, que voltavam-se apenas ao ciclo gravídico-puerperal. As reivindicações do movimento feminista almejavam incorporar no escopo de políticas de saúde da mulher outras questões como gênero, trabalho, desigualdade, sexualidade, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (FREITAS et al., 2009).

Na década de 1970, foi lançado o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), onde o planejamento familiar figurava sob o enfoque da paternidade responsável, com o objetivo de reduzir as elevadas taxas de morbidade e de mortalidade infantil e materna. O PSMI, no entanto, oferecia apenas ações que envolviam os cuidados com a gravidez, mais precisamente voltadas ao atendimento pré-natal e controle do puerpério da população pobre não previdenciária (COSTA, 2012).

O Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) foi a primeira política formulada para as mulheres e se restringiu à oferta de serviços de atenção à saúde do “binômio mãe e filho”. O foco sobre as mulheres diz respeito tão somente à garantia do desfecho gestacional e está associado à preservação do valor da maternidade no centro do papel social da mulher.

Ainda hoje, apesar da importante presença feminina no mundo do trabalho e da sociedade, a maternidade é valorizada como a principal função das mulheres. Essas concepções também prevalecem entre os profissionais e gestores de saúde que insistem em projetos e políticas para o SUS de cunho exclusivo materno-infantil. Esse enfoque político de saúde contribui para a reificação das mulheres submetidas aos valores patriarcais, interferindo negativamente na cidadania e na saúde das mulheres (COSTA, 2012, p.985).

O Ministério da Saúde criou então em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Nessa mesma época acontecia no nosso país o clamor do movimento feminista e mobilizações da sociedade para garantir o direito pleno à saúde, e influenciado por esse cenário o PAISM surge como uma resposta aos anseios da sociedade (COSTA, 2012). O PAISM adotava com dificuldade, políticas e medidas para permitir o acesso da população aos meios de contracepção e buscava integralizar essa assistência, incorporando medidas educativas, preventivas, de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação nos âmbitos da ginecologia (FREITAS et al., 2009).

Nesse sentido, a atenção à mulher deveria ser integral clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer de mama e de colo do útero e à assistência para concepção e contracepção - planejamento familiar (OSIS, 1998).

Surgiram novos papéis e desafios para as mulheres em face do processo de mudanças na sociedade, emergindo outros valores e moralidades associados a uma maior consciência das mulheres acerca do desejo e da autonomia sobre seus corpos e a sexualidade. Nesse programa as mulheres são instituídas como sujeitos de direitos, cujas identidade social e cultural correlacionadas às necessidades em saúde ampliam a concepção e as práticas dos serviços de atenção oferecidos às mulheres (COSTA, 2012).

O PAISM foi elaborado para contemplar as várias etapas, ciclos e situações de saúde das mulheres, desde a infância até a velhice, da promoção à recuperação da saúde, incluindo as demandas reprodutivas. Através de um conjunto de princípios e diretrizes programáticos do PAISM, foi definida pela primeira vez, a responsabilidade pública sobre a reprodução e o planejamento familiar, provendo serviços e tecnologias, mas preservando o livre-arbítrio das pessoas e dos casais quanto à procriação (COSTA, 2012).

De acordo com esse programa, as práticas de educação em saúde devem ser oferecidas continuamente por todos os serviços e devem abordar as temáticas sobre o corpo, a sexualidade e os direitos das mulheres (COSTA, 2012).

Em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil, até o surgimento do PAISM (quadro 3), traduziu-se na preocupação com o grupo materno-infantil que, inclusive, sempre permaneceu como o núcleo centralizador dessas políticas (OSIS, 1998). Uma leitura das ações de atenção à saúde da mulher realizada de 1998 a 2002 permitiu observar que mesmo apresentando um discurso integralizador, ainda assim, as políticas voltadas às mulheres mantiveram a ênfase centrada na resolução de problemas reprodutivos. Mas por outro lado, pôde ser observada a agregação de um novo tema, a redução da violência sexual, demonstrando a preocupação dessas políticas em atender a mulher em seus aspectos mais gerais (FREITAS et al., 2009).

Quadro 3 - Comparação entre as características do PSMI e do PAISM

Caracterização	Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI)	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)
Estratégia programática	Vertical, centralizada	Horizontal, descentralizada
População-alvo e cobertura	Grávidas e crianças de famílias não inseridas no mercado formal de trabalho	População feminina, universal
Ações de Saúde	Assistência ao pré natal, parto e puerpério e crescimento e desenvolvimento infantil	Abrange as necessidades e demandas em todos os ciclos da vida
Educação em saúde	Recomendada. Eixo central era os cuidados preventivos com a gestação e saúde do conceito	Valorização do <i>empowerment</i> envolvendo conhecimentos sobre saúde, corpo, autocuidado, sexualidade, direitos e cidadania.
Participação Social	Corresponsabilidade das mulheres e comunidades sobre a saúde familiar e coletiva	Ampliação da capacidade crítica das mulheres para a formação de sujeitos para a ação política.

Fonte: Costa, 2012.

Em 2004, o Ministério da Saúde preparou o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM). Este reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando,

principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

A PNAISM foi criada em 2004 e incorporou de forma mais substantiva o conceito de gênero como categoria de análise das condições de vida e saúde das mulheres, chamando a atenção para as desigualdades em saúde e identificando as especificidades de demandas dos grupos de mulheres negras, lésbicas, indígenas, transexuais e moradoras do campo e de floresta (COSTA, 2012). Apresentou como objetivo a garantia dos direitos das mulheres, sobretudo o direito à saúde, a ampliação do acesso, a redução de morbimortalidade e de desigualdades, a qualificação e a humanização dos serviços em saúde (BRASIL, 2004).

Em 2011, nasce a Rede Cegonha no âmbito do SUS, através da portaria n.1.459/2011 publicada pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de fomentar um novo modelo de atenção à saúde das mulheres e das crianças, com foco no nascimento, crescimento e desenvolvimento. Pretendem organizar a rede de atenção materna e infantil além de reduzir as mortalidades materna e infantil, principalmente o componente neonatal (COSTA, 2012).

Um dos grandes desafios do SUS é assegurar a integralidade na saúde da mulher, entretanto o acesso universal, que além de pressuposto para a integralidade, deveria garantir atenção à saúde a todas as mulheres, está distante de ser atingido no nosso país, ainda marcado por enormes desigualdades. A análise sobre as políticas para as mulheres não pode estar dissociada da própria análise da implantação do SUS, cujo maior desafio é sua transformação em política de Estado, garantindo acesso universal, gratuito e, sobretudo de qualidade (COSTA, 2012).

De acordo com Silver (1999 apud COSTA 2012, p.1000) os serviços de saúde da mulher têm sido, tradicionalmente, restritos às necessidades de saúde reprodutiva. Essa abordagem permitiu melhorar o acesso a esses serviços, mas também fragmentou o atendimento à mulher em sua totalidade, pois seus problemas de saúde não se limitam apenas aos órgãos reprodutivos. Há outras necessidades igualmente importantes e com grandes impactos na saúde que são percebidos de

forma parcial pelos serviços de saúde, tais como: anemia, hipertensão, desnutrição... e por que não a incontinência urinária?

4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICO-OBSTÉTRICOS: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações quantitativas que foram subtraídas através das questões fechadas da entrevista permitiram destacar características sócio-demográficas e clínico-obstétricas dessas mulheres com IU, e também possibilitar uma maior aproximação entre pesquisadora e entrevistada. Enquanto que as narrativas extraídas das questões abertas da entrevista possibilitaram um mergulho no universo das mulheres que são incontinentes e são desassistidas pelo sistema de saúde.

As informações quantitativas serão aqui apresentadas por meio de dois quadros, o primeiro contendo os dados sócio-demográficos e o segundo contendo os dados clínico-obstétricos da amostra.

Quadro 4 - Dados sócio-demográficos (Apêndice D)

SOCIO DEMOG.	Idade	Instrução	Estado civil	Etnia	Ocupação	Renda familiar
M1	45	Médio completo	Divorciada	Branca	Empregada	1 Salário/Min ³
M2	64	Médio incomp.	Viúva	Branca	Do lar	1 Salário/Min
M3	53	Médio completo	Casada	Preta	Empregada	2 Salário/Min
M4	37	Médio completo	Casada	Parda	Empregada	1 Salário/Min
M5	59	Fund. completo	Divorciada	Preta	Do lar	1 Salário/Min
M6	60	Não alfab.	Solteira	Parda	Do lar	1 Salário/Min
M7	69	Não alfab.	Viúva	Parda	Aposent.	2 Salário/Min
M8	56	Médio completo	Divorciada	Parda	Empregada	1 Salário/Min
M9	67	Fund. incomp.	Viúva	Branca	Aposent.	2 Salário/Min
M10	60	Fund. incomp.	Casada	Branca	Do lar	2 Salário/Min
M11	52	Médio completo	Viúva	Parda	Do lar	1 Salário/Min

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos da pesquisa.

³ Na data da coleta de dados, 2015, o valor do salário mínimo era de setecentos e oitenta e oito reais.

As participantes do estudo receberam códigos (M1 a M11) para garantir o anonimato das informações coletadas. A idade média do grupo foi 57 anos, variando de 37 a 69 anos.

Como elucidado no quadro 4, a maior parte das mulheres participantes da pesquisa apresentava renda familiar de até 1 salário mínimo (64%), possuía o ensino médio completo (46%), em sua maioria eram pardas (46%) e trabalhadoras do lar (46%).

Comparando os dados desta pesquisa com os achados literários percebe-se que a idade é apontada na literatura como importante fator de risco para IU feminina, afetando, sobretudo as mais idosas (HIGA; LOPES; REIS, 2008; HIGA; LOPES, 2005). As alterações hormonais que surgem, sobretudo após a menopausa, desencadeiam uma queda no nível de estrogênio presente na bexiga, na uretra, na vagina e nos músculos do assoalho pélvico, prejudicando o funcionamento da via urinária inferior (SACOMORI; NEGRI; CARDOSO, 2013).

Esta pesquisa não se limitou a selecionar apenas mulheres idosas, pois há publicações mais atuais comprovando que a IU é uma alteração não inerente ao processo de envelhecimento e tem acometido também mulheres mais jovens (SACOMORI; NEGRI; CARDOSO 2013; DELARME LINDO et al., 2013). Em um estudo realizado na Noruega em mulheres com mais de 20 anos de idade, a prevalência da IU foi de 25%, sendo que em mulheres entre 80 e 89 anos, esse percentual foi de 46% (HANNESTAD et al., 2000). Esse achado torna-se relevante ao indicar que os sintomas surgem cedo e dessa forma é possível uma atuação precoce.

Com relação à renda familiar, um estudo qualitativo publicado em 2010 e realizado com um grupo de mulheres brasileiras, trabalhadoras e de baixa situação econômica mostrou que o significado da IU perpassa os problemas econômicos e educacionais de nossa população ao evidenciar as inquietudes psicológicas e sociais vivenciadas por este grupo de mulheres legitimando que a IU é uma condição que deve ser escondida como forma de proteção aos sentimentos de angústia, medo e vergonha, podendo levar a uma vida solitária com comprometimento da qualidade de vida (HIGA et al., 2010).

Conforme demonstrado no quadro 4 a maioria das mulheres participantes desta pesquisa podem ser classificadas como pardas (46%) e quanto à ocupação a maioria era do lar representando (46%), seguida de empregado (36%). Todas as mulheres que relataram estar empregadas não possuem carteira assinada, estando inseridas no mercado informal de trabalho.

No Brasil, foram observadas maior prevalência de IU nas mulheres da raça branca quando comparadas com a raça negra. Supõe-se que provavelmente existem determinantes genéticos e diferenças na resistência da uretra e nas estruturas do assoalho pélvico que protegem as mulheres negras (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Quadro 5 - Dados clínico-obstétricos (Apêndice D)

Clínico Obst.	Número de filhos	Parto Cesária	Parto Normal	Episiot.	Tipo de IU	Tempo queixa	Menopausa	Co-morbidade	Outras Cirurgias	Tabagismo
M1	2	0	2	2	IUM	3 a 5 anos	não	Hipertensão	hemorróida	não
M2	3	0	3	3	IUM	> 5 anos	sim	Hipertensão	não	não
M3	2	1	1	1	IUM	> 5 anos	sim	0	não	não
M4	2	0	2	2	IUM	> 5 anos	não	0	ligadura trompas	sim
M5	mais de 3	0	7	mais de 3	IUM	1 a 3 anos	sim	Hipertensão	períneo e ligadura	não
M6	mais de 3	1(gêmeos)	5	1	IUM	> 5 anos	sim	Diabetes e Hipertensão	catarata	não
M7	mais de 3	1	4	1	IUM	3 meses a 1 ano	sim	Hipertensão	catarata	não
M8	mais de 3	2	1(gêmeos)	1	IUE	3 meses a 1 ano	sim	Hipertensão	períneo, hérnia umbilical e plástica no abdome	não
M9	mais de 3	0	6	*mais de 3	IUM	> 5 anos	sim	Hipertensão	períneo	sim
M10	3	1	2	2	IUM	1 a 3 anos	sim	Hipertensão	períneo	não
M11	1	0	1	1	IUE	3 a 5 anos	não	0	vesícula	não

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos da pesquisa.

De acordo com o quadro 5 verifica-se que todas as mulheres participantes da pesquisa tinham filhos sendo que 46% da amostra relataram ter mais de três filhos. A maioria delas (85%) realizou parto normal (vaginal) e observou-se que a maioria dessas mulheres que realizaram parto normal, também foram submetidas ao

procedimento da episiotomia⁴ (55%). A maioria relatou perder urina há mais de 5 anos (46%), sendo a IUM o tipo de incontinência mais presente (82%). Observou-se também que 73% dessa amostra já se encontrava na menopausa e a comorbidade associada mais frequente foi a hipertensão arterial (67%).

A quantidade de gestações é um dos fatores mais usualmente associados ao desenvolvimento da IU. A autora GUARISI et al. (1997) identificou em seu estudo realizado com 229 mulheres brasileiras, que a porcentagem de mulheres com queixa urinária foi quatro vezes maior entre aquelas que apresentaram alguma gestação em comparação às nuligestas⁵.

Uma publicação brasileira de 2008, investigou a prevalência de sintomas urinários característicos de incontinência urinária associado aos fatores obstétricos e o que se observou foi que a prevalência desses sintomas urinários estão associados aos fatores obstétricos, mostrando-se proporcionalmente maior de acordo com o número de gestações e partos. Mulheres que engravidaram pelo menos uma vez tiveram 1,75 vezes mais chance de desenvolver os sintomas comparadas as nulíparas. Dois partos ou mais aumentaram o risco em 1,57 vezes, independente da via (DELLU, ZACARO, SCHMITT, 2008).

Em um estudo realizado com 336 mulheres portuguesas cujo objetivo era analisar a prevalência de IUE em mulheres antes e durante a gravidez, percebeu-se que a paridade apresentou associação com a IUE antes e durante a gravidez (SANTOS et al., 2006)

A maioria dos estudos aponta uma associação entre número de filhos (paridade) e o aparecimento da IU, evidenciando que a prevalência de IU se eleva com o aumento da paridade (LANGROVA; VRUBLOVÁ, 2014; PERSSON; HANSSON; RUDHSTROEM, 2000; HIGA; LOPES, 2005; GUARISI et al., 2001b; FONDSPANG, 1992).

Como mencionado acima a maior parte da amostra realizou parto normal (vaginal) e verificou-se que a maioria dessas mulheres que realizou parto normal, também foi

⁴ Episiotomia refere-se a um corte cirúrgico realizado na musculatura perineal para facilitar o parto.

⁵ Nuligesta refere-se a mulher que nunca engravidou.

submetida ao procedimento da episiotomia (55%). A literatura demonstra uma associação entre episiotomia e incontinência urinária no pós parto, no entanto observa-se uma disparidade de informações no quesito tempo pós parto. Havendo, portanto a necessidade de mais estudos para verificar a relação da episiotomia com a IU, sobretudo da sua relação com o período pós parto.

Observou-se no estudo de Higa e Lopes (2005) realizado com 378 mulheres brasileiras que ter realizado pelo menos um parto normal e ter realizado episiotomia no parto foram fatores que apresentaram associação com a IU. Chang et al.(2011) comparou os efeitos da episiotomia na IU 3 meses após o parto e descobriram que as mulheres que deram à luz com episiotomia tinham significativamente maiores escores de incontinência urinária no pós-parto do que aquelas sem episiotomia. A episiotomia médio-lateral também apresentou relação com a IU 6 meses após o parto como apontado no estudo realizado por Yang et al. (2010).

Um estudo realizado na República Checa com 211 mulheres teve como objetivo avaliar a relação entre episiotomia e incontinência urinária em mulheres 2-5 anos após o parto. Foram comparados quatro grupos de mulheres: aquelas com episiotomia, com nenhum trauma no assoalho pélvico e com 1º e 2º grau de laceração perineal espontâneas⁶. Nesse estudo não foram encontradas diferenças na prevalência de incontinência urinária entre mulheres com episiotomia e aqueles com laceração perineal espontânea ou com um períneo intacto. Neste estudo observou-se que a prevalência de incontinência urinária foi afetada pelo índice de massa corpórea, pela paridade da mulher e pela presença de incontinência antes do parto (LANGROVA; VRUBLOVÁ, 2014).

Em se tratando do tipo de parto, o parto vaginal está associado com o aumento de casos de IU quando comparado com o parto cesáreo (HIGA; LOPES; REIS, 2008). No entanto, esses autores destacam que o parto vaginal só é considerado fator de risco para IU quando associado às lesões e traumas da musculatura do assoalho pélvico.

⁶ Laceração perineal espontânea refere-se ao rompimento natural dos músculos perineais durante o parto normal.

Nygaard (2006), verificou em seu estudo que após a primeira gestação, as mulheres que foram submetidas ao parto vaginal apresentaram duas vezes mais chances de desenvolver a IU, que aquelas que tiveram partos cesarianos. Essa autora também destaca que somente o parto vaginal não é suficiente para o desenvolvimento da IU, assim como o cesariano não se mostra suficiente para preveni-la.

A menopausa é apontada como um fator de risco para o aparecimento da IU, a diminuição do estrogênio nessa fase da vida tem sido relacionado a uma maior predisposição a IU e ao aparecimento de sintomas urinários, como aumento da frequência urinária e disúria (HIGA; LOPES; REIS, 2008). Os estudos realizados com mulheres na menopausa têm encontrado associação significativa com a prevalência de IU, com índices que variam de 46 a 64% (HIGA; LOPES; REIS, 2008). Observou-se no nosso estudo que 73% da amostra já se encontrava na menopausa.

Como apresentado no quadro 5, a comorbidade mais encontrada foi a hipertensão arterial, se manifestando em 67% da amostra. A literatura aponta a hipertensão arterial como uma variável que apresenta associação com os sintomas de perda urinária (HIGA; LOPES, 2005; MCBRIDE, 1996). A hipótese para que mulheres hipertensas apresentem IU é que o uso de medicamentos diuréticos pode provocar uma carga excessiva na bexiga e prejudicar a função vesical (MOLLER; LOSE; JORGENSEN, 2000).

Entretanto, em um estudo realizado com 291 mulheres, Higa e Lopes (2005) verificaram uma associação com IU e mulheres hipertensas em uso de medicamentos não diuréticos, sugerindo novos estudos envolvendo a ação desses fármacos e o funcionamento vesical

Embora o tabagismo seja fator de risco para IU, nessa pesquisa a maior parte das mulheres (82%) apresentava IU e não fumava.

4.2 DADOS QUALITATIVOS: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações qualitativas deste estudo foram analisadas através da técnica da análise de conteúdo proposta por Minayo (2013). A primeira etapa foi denominada pré-análise, e consistiu na leitura flutuante de todo o material coletado.

Na segunda etapa, houve a exploração do material e para tanto foram identificadas semelhanças e diferenças existentes nas falas das participantes e os recortes extraídos das narrativas foram agrupados em “categorias iniciais”. Na terceira etapa as categorias iniciais foram renomeadas com termos que destacassem o que de mais expressivo fosse encontrado nos discursos das participantes, surgindo assim uma nova organização para os dados coletados, as “categorias nominais” que destacavam informações obtidas e estabeleciam uma correlação com informações teóricas da literatura.

O poeta mineiro Carlos Drummond de Andrade, recomendava que, antes de escrever os poemas, é preciso conviver com eles. Ele dizia que antes do nascer da palavra há sempre um sabor de silêncio que precisa ser sorvido (CHALITA; MELO, 2009). Acredito que o poeta tinha razão. Para escrever esta pesquisa de cunho qualitativo foi preciso enxergar o silêncio do ainda não dito, em seguida o experimentá-lo e só depois o revestir de palavras. De tal modo que deste trabalho emergiram 3 categorias nominais: eu incontinente, no limbo do SUS e vivendo na sombra da sobra.

4.2.1 Eu Incontinente

De acordo com Borba, Lelis e Brêtas (2008), desde a antiguidade o ser humano procura maneiras de lidar com os seus excrementos. O que possibilita a eliminação privativa em lugar e hora apropriada é o controle do esfíncter. Ter controle sobre esse esfíncter faz parte do padrão de normalidade (ser continente) e algo que se distancie dessa condição torna-se um sinal de alerta. O controle de urina é dito

“normal” quando a pessoa tem a capacidade de acumular urina e possui o controle consciente sobre o tempo e lugar para urinar.

Nas narrativas, verificamos a percepção da perda da normalidade no controle da eliminação da urina, quando percebem início de sua perda urinária após episódios de espirros e após os partos de seus filhos.

“Começou com uns espirros [...]. Quando eu ficava gripada, eu espirrava e tinha que ficar cruzando as pernas, para o xixi não sair “ (M3).

“Depois que eu tive meu quinto filho, eu notei que eu, se eu espirrava eu urinava, mas é porque ele era muito grande, ele pesou quase 5 Kg, né? Ai eu tenho pra mim que minha bexiga arriou [...].” (M6).

“[...] Tive 3 filhos né, parto normal é bom, mas estoura tudo na gente” (M2).

Observa-se que as mulheres percebem o aparecimento da IU, sobretudo quando começam a espirrar e perder urina e nota-se que realizam associação dessa perda urinária ao parto normal destacando o peso do bebê e a paridade como agravantes deste quadro.

A gestação é um fator de risco significativo para o desenvolvimento da IU, sobretudo a IUE. Considera-se a paridade e a realização de histerectomia fatores de risco associados aos sintomas moderados a grave da IU, enquanto que a idade, a descendência étnica e o peso corpóreo são fatores associados aos sintomas graves da IU (MINASSIAN; STEWART; WOOD, 2008, apud MARQUES; FERREIRA, 2011).

Um estudo realizado na cidade de Botucatu, cidade do interior de São Paulo, com 807 mulheres, encontrou prevalência de IU em 30% delas, e na maior parte dessas mulheres com IU (59%) foram encontradas correlação entre a IU e índice de massa corpórea (IMC) e partos vaginais (AMARO, 2008).

O parto vaginal apresenta-se como um processo fisiológico do corpo da mulher, que pode causar lesões nos músculos do assoalho pélvico, promovendo alteração no seu sistema de sustentação. Há evidências científicas que sustentam que o parto vaginal está associado com o aumento de casos de IU quando comparados ao parto cesáreo, sobretudo se for associado a lesões e traumas de assoalho pélvico (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Apesar de não ter encontrado associação na literatura, um fato notório que emerge desta pesquisa, é que mais da metade das entrevistadas acredita que o fato de terem carregado muito peso ao longo da vida pode ter sido a causa ou o fator agravante da sua perda urinária, como observado nos discursos abaixo.

“Não sei se foi muito peso que eu pegava, eu morava no interior e a gente na roça pegava muito feixe de lenha, pegava café, saco de café, muitas coisas que hoje eu acho que era muito pesado pra época [...]. E depois veio os filhos, um filho atrás do outro também, e carregando sempre enganchado, grávida, com o filho em cima da barriga, eu acho que isso tudo ajudou” (M6).

“[...] era peso demais né, trabalhei em cozinha de prefeitura que eram 50 alunos, pegar aqueles panelão sozinha. Eu acho que foi tudo acarretando, peso, peso e minha bexiga começou a descer” (M7).

É sabido que carregar peso excessivo é uma condição que pode contribuir para o aumento da pressão abdominal, mas até o momento não há estudos específicos que tenham analisado sua relação com a IU. Similarmente já se sabe que a tosse crônica e a obesidade são fatores relacionados ao aparecimento da IUE e dos prolapsos genitais (MOSTWIN, 2005).

Percebendo sua perda urinária, surge então uma necessidade de não expor sua condição de incontinente e uma preocupação com o odor da urina, que pela própria natureza é difícil de ser contido, podendo transpor as barreiras de proteção.

“[...] Toda vez que tem que sair pra rua tem que tomar banho” (M9).

“[...] não dá tempo de chegar ao banheiro aí escorre pelas pernas, entendeu? Ai eu tenho que trocar tudo, fazer o mesmo processo, tirar a roupa, tomar banho, me lavar e vestir outra roupa e botar aquela pra lavar” (M10).

“[...] ai fica com as calcinhas fedendo a xixi né? A gente fica com nojo né? Porque toda a minha vida fui muito asseada com meu corpo [...] minhas calcinhas vive limpinhas, mas de uns tempos pra cá ta surgindo esse problema deu ficar com a calcinha fedendo a xixi o dia inteirinho [...] ai você chega perto de uma pessoa, de longe dá para ela perceber, sai pela gola da blusa, pelo vestido” (M9).

São episódios onde a perda do autocontrole sobre a micção evoca sentimentos de ansiedade, incômodo e medo de que o odor exalado pela urina possa ser percebido pelas outras pessoas.

O controle sobre a eliminação de urina é construído socialmente, tendo em vista que existem normas culturais quanto ao manejo das eliminações por serem associados à sujeira e quando alguns adultos não conseguem cumpri-los são estigmatizados. Na sociedade o odor se torna uma marca pessoal, e os sinais da IU tornam-se uma ameaça, pois é um sintoma que está associado com sujeira (BORBA; LELIS; BRÊTAS, 2008).

Em seu estudo realizado com 151 homens e mulheres hispânicas que apresentavam sintomas urinários, percebeu-se que o estigma da frequência e da urgência para urinar estão enraizados na interrupção social e na perda do controle do próprio corpo. As mulheres desse estudo temiam ter um corpo sujo e sua identidade social comprometida (ELSTAD et al., 2010).

Incontinência confunde expectativas de controle corporal e noções de comportamento adequado, espera-se que o ato de urinar possa ocorrer em um local privado (não em público, como no caso de vazamento visível), e espera-se que os “acidentes” possam ser controlados de tal forma que fiquem invisíveis para os outros. As consequências sociais da falha para esconder fugas são pronunciadas e incluem relações tensas e isolamento social (MITTENESS; BARKER, 1995, apud ELSTAD et al., 2010, p.6).

Observamos nas narrativas, relatos de omissão e dificuldade de compartilhar a situação de ser incontinente com outras pessoas, ainda que fossem bem próximas, tais como amigos e familiares.

“Não contei para ninguém, nem meus filhos sabem [...] meus meninos nenhum levanta a noite, todo mundo dorme bem, viajam sem ir ao banheiro, eles são normais” (M5).

“ [...] ah eu não conto, eu tenho vergonha” (M6).

“Só minha mãe e uma amiga sabem, só duas pessoas, eu não sou de falar isso não com ninguém, porque é vergonhoso falar disso[...].” (M4).

“[...] minha vida é tão corrida, e a gente não para assim né para falar desse assunto” (M7).

Percebemos neste estudo, mulheres que optaram por vivenciar a perda em silêncio, demonstrando ser embaraçoso falar desse assunto com as pessoas, mesmo as mais próximas, na medida que preferem omitir um sintoma que tira delas o direito de “normalidade”. São embebedas pela vergonha e pelo constrangimento.

As experiências de mulheres incontinentes estudadas por outros autores destacam que elas preferem não falar sobre seu problema urinário por serem vulneráveis emocionalmente, esboçando sentimentos, como vergonha, constrangimento e humilhação na presença de outras pessoas. Estimando que as pessoas veem a IU como algo ruim e maléfico, preferem o silêncio como uma ação protetora (HIGA et al., 2010).

No nosso estudo percebemos através dos discursos que nenhuma delas subestimou o problema, elas percebem que urinar na roupa as expõe a um comportamento não esperado para adultos e talvez por isso seja tão difícil expor esse assunto.

Essas mulheres também relataram ser extremamente embaraçoso e apreensivo perder urina durante a relação sexual. Têm receio dos pensamentos desagradáveis que podem surgir.

“[...] fazer xixi na hora H acontece sempre. Meu marido fala: de novo? (risos)” (M1).

“[...] sempre dá aquela escapulidinha de xixi, e meu marido falava assim: é se tá fazendo, tá quentinho aqui, você fez? Aí eu falava: ai credo! Para! (risos). Ficava envergonhada de ter feito isso” (M4).

Em um estudo realizado por Seleme (2006), ao pesquisar as relações pessoais e suas limitações associadas com a IU, percebeu-se que o relacionamento com o parceiro, com a vida sexual e familiar, é uma das relações afetadas pela IU.

Algumas mulheres entrevistadas também mencionaram a necessidade de adotar estratégias, como esvaziar a bexiga, por exemplo, para evitar que aconteça a perda urinária durante a relação com seus parceiros ou tentam disfarçar caso tenha acontecido, como evidenciado nos discursos abaixo:

“[...] as vezes eu to na hora H, aí a urina começa a sair, aí tenho que levantar para ir no banheiro fazer xixi. [...] faço xixi e depois volto” (M5).

“[...] eu antes já vou ao banheiro, to sendo sincera” (M10).

“[...] eu sou viúva, mas moro com uma pessoa. Uma vez eu cheguei a urinar mesmo, não consegui segurar. Na hora fiquei muito envergonhada, nossa, isso acabou comigo. Não foi bom não. [...] ele não falou nada. Eu que falei assim: eu acho que to há muito tempo sem ir ao banheiro, aí aconteceu. Dei aquela desculpa né?” (M11).

Observa-se que elas adotam estratégias para evitar a perda urinária durante a relação sexual, mas nem sempre alcançam o sucesso, e a perda urinária acaba acontecendo durante o ato sexual, fazendo-as se sentirem envergonhadas e constrangidas.

Um estudo pesquisou as restrições (sociais, sexuais, domésticas e ocupacionais) causadas pela IU à vida de 164 mulheres brasileiras e verificou-se que a principal restrição referida pelas mulheres foi relativa à atividade sexual. E as estratégias mais utilizadas foram esvaziar a bexiga antes da relação sexual ou esvaziar a bexiga antes e após o ato sexual (LOPES; HIGA, 2006).

Fato que merece destaque nessa pesquisa foram os relatos dos sentimentos dessas mulheres de conviverem com a IU. Manifestaram sentimentos de vergonha, contrangimento, tristeza e uma preocupação com a vida amorosa, como observado nos discursos a seguir.

“Nossa eu sinto muito envergonhada, eu me sinto mesmo, sei lá, parece que eu não sei me cuidar, né parece, nossa essa mulher tá relaxada. Ta mijando pra tudo quanto é lado, eu fico com vergonha[...]” (M11).

“[...] ah, constrangida(suspira) muito constrangida, fico até sem graça e com vergonha. É difícil até de falar” (M4).

“[...] ah eu sinto um pouco triste, porque eu penso assim: e se eu quisesse arranjar um namorado?[...]” (M7).

“Ah, eu não me sinto muito bem não, apesar de que eu não tenho assim relacionamento nenhum, mas eu penso assim, já pensou se eu tivesse um relacionamento com uma pessoa?[...]” (M6).

A perda do controle da urina sob tempo e lugar apropriado submete essas mulheres a vivenciarem sentimentos de desleixo, de falta de cuidado com o próprio corpo. Perder urina torna-se uma ameaça ao convívio social.

De acordo com Delarmelindo (2010), perceber-se transgredindo ao preceito socialmente estabelecido de que só crianças podem urinar na roupa e usar fraldas pode promover sofrimento psíquico e comprometer a autoestima da mulher que vivencia a IU.

A perda de urina inesperada evoca nessas mulheres um medo da rejeição e temendo sentirem-se envergonhadas acabam por se privarem de relacionamentos amorosos.

Observamos nos discursos uma sensação de impotência, de descrença nos médicos e no sistema de saúde. Essas mulheres ficam perdidas, sem saber a quem procurar para amenizar sua perda urinária.

“E isso aí que eu falei com você, se sente assim, como fala a palavra certa, impotente, porque não sabe a quem recorrer né? Porque os médicos quando é um caso assim que eles não sabem empurra pra um, empurra pra outro e vai empurrando[...]” (M10).

Dessa forma emerge desta pesquisa a categoria nominal/ no limbo do SUS.

4.2.2 No Limbo do SUS

[...] De repente, aconteceu!
Senti um calorzinho nas pernas e uma bruta sensação de alívio. Relaxei. Minhas calças, minhas meias, molhadas! Ainda tive esperança. Minha carteira era ao lado da parede. Talvez ninguém notasse a enorme poça embaixo dos meus pés! [...] Tocou o sinal. Peguei a mochila. Meias pingando, uma enorme roda úmida no bumbum! A infância é cruel. Saí da classe com a molecada gritando atrás: Ele fez xixi na calça! Ele fez xixi na calça! [...] Corri ainda mais depressa! Nunca, nunca mais queria voltar às aulas! (CARRASCO, 2009, p.21)

O controle da continência surge na infância como um sinal de evolução e de autonomia. Na crônica de Walcyrr Carrasco nota-se um relato vexatório de uma

criança de 9 anos de idade que vivencia uma situação indesejada e faz xixi nas calças em plena sala de aula. Ao experienciar esse episódio de infantilização, observa-se uma preocupação com o juízo alheio, vivenciando vergonha pela exposição pública. Do mesmo modo, perder o controle sobre a eliminação da própria urina na vida adulta pode expor as mulheres a situações extremamente embaraçosas, evocando sensação de impotência, revolta e medo.

“[...] eu voltava do hospital onde minha neta tava internada e não aguentei, urinei no meio da rua (choro). Molhei tudo, vim toda molhada dentro do ônibus. Isso ai eu nem contei pros meus netos, só contei pra senhora, é muito constrangimento. Horrível, muito horrível. [...] o cheiro de urina de bebê já não é muito cheiroso, imagina de adulto né?” (M6).

“Ah a gente sente muita revolta né? Dá tristeza e medo, porque eu fico pensando assim: o que é isso? Será que eu tô com alguma doença grave, uma doença que não tem cura? Porque você peleja nos médicos, esses médicos daqui até enjoiei, não tem verdade[...].” (M9).

“[...] porque igual essa pesquisa que você tá fazendo, se você não me orientar aqui a quem procurar, e nos ajudar eu não sei a quem procurar. Eu tô tão acostumada com médico que vai empurrando pra outro e que quando não descobre o que é, fala que é vírus, que é bactéria” (M10).

Perder o controle sobre o ato miccional na vida adulta pode expor essas mulheres a comportamentos não esperados para esta fase de sua vida, evocando prejuízos socio afetivos, ao manifestarem uma perda urinária que as remete a um processo esperado na infância. Sentem como se vivecem um quadro de retrocesso, um processo de infantilização.

Quando perguntadas se achavam importante tratar a sua perda urinária, todas as mulheres participantes da pesquisa afirmaram que sim, e apresentaram relatos que expressavam medo da progressão do quadro.

“[...] eu tenho certeza se eu não me tratar eu só vou piorando. E aí eu vou esperar usar fraldão? Usar fralda geriátrica? [...] é isso que eu tenho medo” (M10).

“[...] minha mãe coitada, ela não pode nem sair na rua, não pode fazer força nenhuma né? Só de andar ou às vezes se ela correr um pouquinho já sai. O dela é pior ainda. E eu penso: não quero ficar assim não” (M1).

“[...] e se acontece no meio da rua e se acontece uma coisa dessa e fico toda mijada no meio da rua, já pensou? [...] pra mim seria muito bom um tratamento, uma coisa que eu pudesse fazer pra não acontecer” (M11).

Expressam uma expectativa de se verem livres de um problema que as comprometem social e afetivamente. E em contrapartida relatam descrença nos profissionais médicos, que quando não substimam o problema, normalmente as oferecem como única alternativa de tratamento a cirurgia.

“[...] procurei o Dr. “X”(ginecologista) mas ele não resolveu nada. E a outra médica quando eu pedi um remédio, ela disse que não tem remédio pra isso não” (M1).

“[...] a médica falou não, não, isso é normal se aumentar a gente vê. Não deu muita importância pro que eu falei, quando aconteceu aquilo eu me senti constrangida eu marquei uma consulta pra falar: oh aconteceu assim, assim e ela falou que acontece, que é assim mesmo, mas se aumentar a gente vê o que pode ser feito” (M11).

“Fui numa médica, ginecologista, falei desse problema que tenho aí ela falou: ah mais pra isso tem que fazer períneo né? E o posto não faz isso, aí deixei pra lá, não mexi com isso mais não” (M4).

Nota-se que o comportamento adotado por alguns profissionais da atenção primária desperta nelas uma sensação de constrangimento e impotência. Procuram um profissional de saúde na tentativa de se verem livre do problema, e ouvir daqueles que deveriam direcionar, que não tem remédio para isso ou que essa perda urinária que tanto incomoda é normal, as coloca na posição desconfortável de vítimas de um sistema de saúde que não ampara a mulher incontinente.

No estudo publicado por Higa et al. (2010), foi observado que as mulheres tentam conviver com a IU ao demonstrarem que não conseguem buscar ajuda e que quando procuram pelo médico, vivenciam um turbilhão de sentimentos que bloqueiam a sua fala.

Para falar desse assunto com o profissional de saúde já é necessário vencer as barreiras impostas pela vergonha e constrangimento e não receber deles um

direcionamento, uma conduta, as fazem se sentir no limbo do SUS, perdidas e sem saber o que fazer.

“[...] eu esqueço de falar com a ginecologista o que eu tô passando. Toda vez que eu venho eu esqueço de falar sobre isso(risos). Não é bem esquecimento, as vezes é até uma maneira de vergonha de falar né, de falar assim, tá acontecendo isso, isso, eu tava pensando em procurar para falar porque não é normal” (M5).

“[...] eu to tão acostumada com médico que é desse jeito que quando não descobre o que é fala que é bactéria,[...] eles inventam cada nome, e diz que é assim mesmo, eu falo mas não é assim mesmo, eu já falei com o médico, não é assim mesmo. O senhor ta falando que é isso mesmo, o senhor tá querendo levar o problema, empurrar pra frente, mas não é assim mesmo. Isso não existe, tem tratamento com certeza tem, porque se a medicina evoluiu tanto, não evoluiu para isso?” (M10).

O problema da IU tem sido frequentemente subestimado e negligenciado. A falta de receptividade dos profissionais de saúde a este assunto e a não apresentação de uma alternativa de tratamento conservador, desampara a mulher incontinente que almeja por atenção, cuidado e respeito. Tornando-se desafiador conviver com a IU sem nenhuma perspectiva de tratamento e tão pouco de melhora

Um estudo realizado por Higa et al. (2010), com mulheres brasileiras indicou que a mulher com perda urinária esconde o seu problema devido à vergonha e a postura de alguns profissionais pode contribuir para o aumento dessa inibição, se tornando um impedimento para que a mulher se sinta à vontade para expressar suas queixas durante a consulta. E destacou também, que a falta de conhecimento dos profissionais sobre a IU podem levar a situações de subestimação das queixas e indiferença.

A falta de conhecimento de uma parcela significativa de profissionais de saúde sobre a IU e a carência de programas de saúde voltados para a promoção, prevenção e tratamento das mulheres acometidas pela IU merecem destaque e revelam uma necessidade de novas estratégias e mecanismos de abordagem da mulher incontinente, sobretudo na atenção primária.

Infelizmente ainda não é oferecido nenhum tratamento a mulheres com IU no nível primário de saúde. De acordo com pesquisa realizada por Vaz (2012), a maioria das mulheres diagnosticadas com IU recebe apenas tratamento medicamentoso ou é referenciada para o nível secundário e terciário de atenção à saúde, fato que gera extensas listas de espera nos serviços especializados e grande demora na resolubilidade dos casos.

Um tratamento para mulheres com IU na Atenção Primária poderia diminuir os encaminhamentos para o nível secundário e nível terciário ou de alta complexidade. De acordo com Tubaro et al. (2009), o nível secundário é também chamado de média complexidade, por atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demanda disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, enquanto o nível terciário envolve procedimentos de alto custo e tecnologia avançada.

Dentre as opções terapêuticas para IU, destacam-se medicamentos, cirurgias e intervenções conservadoras. Reitera-se que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) possui nível A de evidência, comprovada por estudos científicos e é preconizada pela ICS como tratamento conservador de primeira escolha para mulheres incontinentes (HAY et al., 2009).

O tratamento de mulheres com IU, na Atenção Primária, constitui uma medida necessária para a melhoria da qualidade de vida dessa população. O treinamento dos músculos do assoalho pélvico é reconhecido pela ICS como o tratamento de primeira escolha para mulheres com incontinência urinária, não é usualmente realizado na Atenção Primária (VAZ, 2012). Esta autora realizou um dos poucos estudos que analisam a efetividade de possibilidades terapêuticas para esse nível de atenção, através da investigação da efetividade de duas estratégias de abordagem terapêutica a mulheres com IU na atenção primária, através do treinamento dos músculos do assoalho pélvico, e concluiu que os dois tipos de assistência (tratamento domiciliar apenas e tratamento em grupo na Unidade Básica de Saúde associado ao domiciliar) parecem ser efetivos para o tratamento de

mulheres com IU neste nível de atenção. Esse resultado permite orientar e oferecer possibilidades de atenção e reabilitação para esta população.

Convém destacar também a importância da educação em saúde, a fim de esclarecer e orientar os profissionais de saúde da Atenção Primária, para que estes possam conduzir os aspectos preventivos e promocionais da IU junto a esta população e salientar que novos estudos são necessários para identificar possibilidades de recursos terapêuticos eficazes para IU na Atenção Primária.

Em trabalho produzido, Delarmelindo (2010), recomenda que no escopo do Programa de Saúde da Mulher sejam fortalecidas as ações voltadas ao diagnóstico, prevenção e tratamento da IU por toda a vida, salientando que as mulheres devem ser encorajadas a verbalizar suas perdas urinárias e que estas não sejam mais consideradas vexatórias. Ressalta também que esse programa deveria promover apoio a problemas de saúde como a IU.

O que parece inconcebível é que em pleno século XXI encontremos mulheres com perda urinária dentro de uma unidade de saúde sem saber o que fazer para amenizar sua perda. Encontram-se no limbo do SUS, confusas, desorientadas e indignadas.

“[...] isso não existe, tem tratamento com certeza tem, porque se a medicina evoluiu tanto, não evoluiu para isso?” (M10).

No estudo desenvolvido em Cuba por Carmona et al. (2013) a IU surge como um problema que pode afetar o desenvolvimento social e econômico, tanto nos aspectos pessoais como nos aspectos coletivos. Os autores destacam que as mulheres ocupam posição de destaque na sociedade e que este é um problema que pode levar ao isolamento com perda da interação social, e que para uma sociedade como a de hoje é inadmissível conviver com a incontinência sem buscar uma resposta.

Aqui no Brasil o único documento que ampara a mulher incontinente trata-se de uma publicação do Ministério da Saúde chamado Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. De acordo com este documento, a IU é um sério problema

de saúde que afeta milhões de pessoas, sobretudo as mulheres e as mais velhas, e que muitos tratamentos são utilizados para esta disfunção, como é o caso das terapias comportamentais, treinamentos dos músculos do assoalho pélvico, tratamento medicamentoso e cirurgia. E reitera ainda que a conduta deve ser orientada pela natureza e intensidade da disfunção (BRASIL, 2008). O Ministério da Saúde destaca a IU como uma disfunção comum no climatério mas não oferece ainda nenhuma possibilidade terapêutica na atenção primária.

A IU é hoje um problema de saúde que afeta sobretudo as mulheres em diferentes faixas etárias e que acarreta prejuízos sociais, econômicos e afetivos, nesse contexto ratifico a importância de um acolhimento desta parcela da população no nível primário de saúde, salientando que o paciente deve sempre ser visto em sua totalidade. Um tratamento conservador específico para mulheres com IU oferecido pelo SUS se faz necessário para garantir a esta parcela da população o direito pleno à saúde.

4.2.3 Vivendo na Sombra da Sobra

As mulheres percebem que são necessárias mudanças no seu comportamento quando entendem que a IU acarreta alterações no seu dia a dia e quando tomam consciência disso passam a adotar estratégias para conviver ou para melhor administrar as perdas urinárias. Manifestam aprisionamento e expressam desejo de se sentirem livres novamente.

“[...] você não pode ficar gripada, senão vai ter que andar com o guarda-roupa na bolsa” (M1).

“[...] eu queria ficar mais livre, se eu vou dormir na casa de uma amiga, vizinha, de uma sobrinha, aí eu não tomo água nenhuma ou eu saio pingando pela casa. Eu tenho que deixar na porta do guarda roupa uma calcinha, uma bermudinha. Se molhou, eu coloco no tanque lá fora e troco de roupa, então pra mim é muito chato né?” (M7).

Disseram que temem ficar gripadas, porque a perda urinária fica mais perceptível, com as manifestações de tosse e espirros mais freqüentes, e expressaram um desejo por mais liberdade e mais autonomia para viverem com dignidade.

De acordo com pesquisa de Higa et al. (2010), as estratégias como forro, fralda, ficar com roupa molhada ou correr para o banheiro, podem ser uma barreira psicológica para o convívio social, uma vez que são atitudes e comportamentos próprios da infância. A falta do controle dos esfíncteres é uma situação típica das crianças e no adulto pode ser percebido como um “defeito”, portanto como algo não permitido.

Percebemos no nosso estudo que as estratégias de enfrentamento da IU utilizadas foram, uso de absorventes, toalhinhas, rolo de papel higiênico na bolsa, calcinha extra, uso de roupas escuras e sobretudo evitar beber água.

“Levo calcinha, levo toalhinha, eu carrego tudo dentro da bolsa” (M6).

“Sempre levo papel higiênico, muito papel higiênico. Levo o rolo” (M5).

“[...] depois das 19:00 hs eu não bebo mais água de jeito nenhum, posso ta com a maior sede mas não bebo” (M11).

“[...] quando eu vou viajar eu evito beber água, eu chego a ficar com sede” (M10).

Em publicação recente, Delarmelindo et al. (2013), menciona que o uso de estratégias paliativas para não se ver molhada, tem o objetivo de diminuir temporariamente a vulnerabilidade de se ver ou ser vista urinada. E que para o grupo de mulheres que não possui esperança de se ver livre da IU, há grandes chances de se estabelecer uma situação de dependência de tais recursos.

Também foram encontrados nos discursos relatos de restrições, ajustes de comportamento e limitação da convivência como estratégias para conviver com a perda.

“[...] meus filhos, muita das vezes diz: mãe vamos no cinema hoje? Mãe vamos comer uma pizza? Eu dou desculpa e não vou. Eu falo: ah hoje não vou não, estou muito cansada. Tenho medo de chegar lá e ficar com o xixi escorrendo pelas pernas, fazendo meus filhos passar vergonha” (M6).

“[...] aí eu falei como eu vou para São Paulo desse jeito de ônibus? Não tem como, é difícil, não tem como” (M2).

“Você já imaginou você tá com uma visita em casa, com pouco você sai para o banheiro e volta com outra roupa. Ai a pessoa fala ueh para que você trocou de roupa? O que você vai responder? Ah porque eu fiz xixi na roupa? Eu não vou responder isso. Vou ficar quieta sem dar resposta, ta entendendo? Faço de conta que não entendi, não é verdade?” (M10).

Conviver com a IU sem nenhuma perspectiva de reabilitação, leva a mulher a modificar comportamentos como uma tentativa de se adequar as impertinências da perda, adotando estratégias que podem acarretar prejuízos socioafetivos. Nesse momento entra em cena uma vida mais solitária, repleta de privações, com limitação de convivência, medos e restrições sociais.

Encontramos mulheres vivendo como reféns de seus medos, à sombra dos seus excrementos. Seguem na sombra da sombra, mas com a esperança de uma vida com menos privações e mais liberdade.

A maioria das mulheres entrevistadas acredita que a sua perda urinária tem solução, demonstram desconhecer tratamentos conservadores e expressam temor pela cirurgia, como observados nos discursos abaixo.

“Se Deus quiser dever ter tratamento! Não é possível. Deus dá tanta sabedoria aos médicos que isso ai não é possível conseguir, porque é um sacrifício” (M2).

“O que eu não queria que fosse é cirurgia. Dizem que tem cirurgia. Mas se tivesse um outro recurso, para não chegar a esse ponto seria melhor né? Eu acho” (M3).

“[...] eu só queria assim melhorar meu xixi, é pra mim ficar mais tranqüila, menos preocupada” (M7).

De acordo com Rett et al.(2007), a cirurgia é um dos métodos usuais para o tratamento de problemas incontinentes, e envolve procedimentos invasivos que, eventualmente, podem gerar complicações e por ser de maior custo para o sistema de saúde, muitas vezes, não deve ser a primeira alternativa para o tratamento da IU. Sabe-se que há opções mais conservadoras que poderiam ser avaliadas e de acordo com a severidade do problema, indicadas como abordagem inicial.

As mulheres incontinentes participantes deste estudo são representantes de tantas outras que também vivenciam o mesmo problema e encontram-se igualmente

perdidas, sem um direcionamento, sem uma conduta dentro das unidades básicas de saúde. Seguem carentes de cuidados, mas confiantes de que há uma luz no fim do túnel. Sua queixa, seu problema urinário precisa ser ouvido e solucionado, garantindo assim a efetividade dos princípios do SUS, de equidade e integralidade de assistência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por utilizar de abordagem qualitativa e, portanto, realizado com uma amostra não probabilística de mulheres com perda urinária, este estudo não visou estender suas conclusões para a totalidade das mulheres com incontinência urinária no cenário nacional. No entanto, a profundidade das questões levantadas e analisadas à luz das teorizações existentes sobre o assunto trouxe elementos muito importantes para a compreensão da situação da mulher incontinente no nosso estado e, sobretudo das dificuldades por elas vivenciadas diante da ausência de atendimento na atenção primária de saúde.

Refletindo as políticas voltadas à saúde da mulher no Brasil, observa-se que houve uma evolução desde a sua implantação, através da ampliação do olhar sobre saúde da mulher brasileira. No entanto, nota-se ainda uma desarticulação entre a proposta e a execução das ações de saúde o que nos deixa com a sensação de que muito ainda precisa ser feito para que a mulher seja vista em sua totalidade.

O estudo revelou que as mulheres percebem a perda como um agravante de sua saúde e acreditam que a perda urinária tem solução apesar de desconhecem tratamentos conservadores. Os tratamentos conservadores para a incontinência urinária na mulher podem ser uma ferramenta eficaz, resolutiva e de baixo custo, e se fossem oferecidos no serviço primário de atenção à saúde, poderiam contribuir com a redução de cirurgias, ocupação de leitos hospitalares e gastos com medicamentos.

Observamos nos discursos uma sensação de impotência, de descrença nos médicos e no sistema de saúde. Essas mulheres ficam perdidas, sem saber a quem procurar para amenizar sua perda urinária. Quanto a isso é possível perceber no cotidiano da assistência primária que existem muitas barreiras para a efetivação do cuidado individualizado e integral à saúde mulher, visando à promoção da sua saúde. A assistência a mulher com incontinência urinária não contempla os princípios básicos do SUS da acessibilidade, nem tampouco o da integralidade.

Destaca-se a necessidade dessas pacientes serem melhor orientadas por profissionais de saúde, como médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e assistentes sociais, os quais poderiam contribuir, não só para a compreensão do seu quadro de

incontinência, mas possibilitaria também conhecer melhor as possibilidades de condução do tratamento, além de contribuir para uma vida com mais qualidade nos aspectos sociais e afetivos.

Ratifico a importância da educação em saúde, a fim de nortear os profissionais de saúde da Atenção Primária na condução dos aspectos preventivos e promocionais da IU, salientando a importância do atendimento a mulher incontinente não apenas na menopausa, mas em todas as fases de sua vida, tendo em vista que não é um problema exclusivo deste período da vida da mulher.

Sendo assim, conclui-se que há uma necessidade de atendimento deste agravo nas unidades primárias de saúde, e de um diálogo mais aberto e acolhedor dos profissionais de saúde. Seria importante amparar e cuidar dessa mulher nesse nível de assistência a fim de evitar uma sobrecarga no nível terciário de saúde e minimizar os gastos com internações, medicamentos e cirurgias, além disso, a adoção de estratégias para a incontinência urinária na atenção primária poderia contribuir para uma vida com mais qualidade nos aspectos sociais, pessoais e afetivos.

Que a incontinência urinária não seja mais subestimada ou negligenciada pelos profissionais de saúde. Que estes profissionais possam apoiados pelo fortalecimento do programa de saúde da mulher, assistir a mulher incontinente em todos os níveis de assistência. Uma perspectiva de tratamento e acompanhamento contribuiria para que essas mulheres saíssem do limbo do nosso sistema de saúde.

Finalizo agradecendo imensamente as mulheres participantes deste estudo pela prestativa colaboração, pela confiança em mim depositada e principalmente pela coragem em ceder relatos tão delicados e dolorosos.

REFERÊNCIAS:

- ABRAMS, P. et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. **Neurourology and Urodynamics**. v. 21, n.2, p. 167-178, mar., 2002.
- ABRAMS, P. et al. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence pelvic organ prolapsed and faecal incontinence. In: ABRAMS, P. et al. (ed.). **Incontinence: 3rd International Consultation on Incontinence**. Paris: Health Publication, 2005. p. 1589-1630.
- ABREU, N.S. et al. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Paulo. v.11, n.2, p. 429-436, nov./dez., 2007.
- ALVES, A.T.; ALMEIDA, J.C. Diagnóstico Clínico e Fisioterapêutico da Incontinência Urinária Feminina. In: PALMA, P.C.R.(org.). **Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico**. 1 ed. São Paulo: Personal Link Comunicações, 2009. p.73-79.
- AMARO, J.L. et al. Prevalência e implicações da incontinência urinária e fecal em mulheres. **Femina**. São Paulo. V.36, n.8, p.505-509, ago, 2008.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S, et al.(org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p.783-836.
- ANDRADE, S.M.; SOARES, D. A; CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.
- BARSOUSA, S.S. et al. Como profissionais de saúde da rede básica identificam e tratam a incontinência urinária. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.33, n.4, p.449-456, 2009.
- BORBA, A.M.C.; LELIS, M.A.S.; BRÊTAS, A.C.P. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**. v.17, n.3, p.527-535, 2008.
- BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção a Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1º ed. 2004.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Biênio 2013-2014.

_____. Decreto-lei nº 6.788, de 30 de janeiro de 1941. Rio de Janeiro, **Ministério de Educação e Saúde**, Serviço de documentação 1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde - folheto 5, p.7. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/legislacao/legislacao.php>>. Acesso em: 24 de jul. 2014.

_____. Lei 8.008, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília. 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/legislacao/legislacao.php>>. Acesso em: 24 de jul. 2014.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília. 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 24 de jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2002)**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 24 de jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 24 de jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Dispõe sobre a organização do SUS e dá outras providências**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 24 de jul. 2014

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Contagem Populacional. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/sinopsetab_brasil_pdf.shtm>. Acesso em: 02 de jun. 2014.

CARMONA, E.G.G et al. Incontinência Urinária, un problema económico/social. **Acta Médica del Centro**. Cuba, v. 7, n. 2, 2013.

CARRASCO, W. **Histórias para a sala de aula: crônicas do cotidiano**. 1ª edição. São Paulo: Moderna, Coleção Veredas, 2009.

CORCOS, J. et al. Quality of life assessment in men and women with urinary incontinence. **Journal of Urology**, v.168, n.3, p. 896-905, 2002.

COSTA, A.M. Política de Saúde Integral da Mulher e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p.979-1009.

CHALITA, G; MELO, F. **Carta entre amigos**. 1 ed. 7 reimpressão. São Paulo: Ediouro, 2009.

CHANG, S.R. et al. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. **International Journal of Nursing Studies**. v.48, n.4, p.409-418, 2011.

DATASUS. **Procedimentos hospitalares do SUS** – por local de internação – Brasil – Acumulado de janeiro de 2013 a dezembro de 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qiuf.def>>. Acesso em 30 jul. 2014.

DELARMELINDO, R.C.A. et al. Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.2, p. 296-303, 2013.

DELARME LINDO, R.C.A. **Entre o sofrimento e a esperança: a reabilitação da incontinência urinária como componente Interveniante**. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista – Botucatu, SP, 2010.

DELLU, M.C; ZACARO, P.M.D; SCHMITT, A.C.B. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Paulo, v.12, n.6, p. 482-487, 2008.

ESCOREL, S. História das políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990. Do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p.323-364.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 279-322.

ELSTAD, E.A. et al. Beyond incontinence: The stigma of other urinary symptoms. **Journal of Advanced Nursing**. v.66, n.11, p.2460-2470, nov.2010.

ESPUNA-PONS M. et al. Prevalência de incontinência Urinária na Catalunã. **Revista Medicina Clínica**. Barcelona, v.113, n. 18, p.702-705, 2009.

FREITAS, M.S. **A Atenção Básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil**: as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional. 2006. 138 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FREITAS, G.L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.11, n.2, p. 424-428, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>> Acesso em: 30 de jul. 2015.

FONDSPANG, A. et al. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence. **Journal of Epidemiology and Community Health**. v.46, n.6, p.595-600, 1992.

GEO et al. Tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço. In: BARACHO, ELZA. **Fisioterapia aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: editora Guanabara, 2007, p. 323-342.

GIFFIN K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Caderno de Saúde Pública**. v.18 (suppl), p.103-112, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p.493-546.

GIOVANELLA, L; LOBATO L.V.C. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 89-120.

GUARISI, T. et al. Fatores associados à prevalência de sintomas urinários em mulheres climatéricas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v.19, p.589-596, 1997.

_____. Procura de Serviço Médico por Mulheres com Incontinência Urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v.23, n.7, p.439-443, 2001a.

_____. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v.35, n.5, p.428-435, 2001b.

HAY, S. J. et al. Adult Conservative Management. In: ABRAMS, P. et al. (ed.). Incontinence: **4th International Consultation on Incontinence**. 4^a ed. Paris: Health Publication: 2009. p. 1025-1120.

HANNESTAD, Y.S. et al. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian Epicont study. **Journal of Clinical Epidemiology**. v.55, n.11, p.1150-1157, 2000.

HIGA, R. et al. Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Texto Contexto Enfermagem**. v.19, n.4, p. 627-635, out-dez, 2010.

HIGA R.; LOPES M.H.B.M. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo. v.58, n.4, p.422-428, 2005.

HIGA R.; LOPES M.H.B.M; REIS M.J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.1, p.187-192, 2008.

HU T.W. et al. Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. **Urology**. v.63, n.3, p.461-465, 2004.

HONÓRIO, M. O.; SANTOS, S. M. A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 62, n.1, p.51-56, Fev 2009.

ICS – 3rd **International Consultation on Incontinence** – Editors ABRAMS, Paul et al. Incontinence, 2005.

JUSTINA, L.B.D. Prevalência de Incontinência Urinária Feminina no Brasil: uma Revisão Sistemática. **Revista Inspirar**, v. 5, n. 2, Jul de 2013. Disponível em: <<http://inspirar.com.br/revista/?s=incontinencia+urinaria>>. Acesso em: 04 de mar. 2015.

LANGROVÁ, P.; VRUBLOVÁ, Y. Relationship between episiotomy and prevalence of urinary incontinence in women 2-5 years after childbirth. **Central European Journal of Nursing and Midwifery**. v.5, n.3, p.94-98, 2014.

LIAO, Y.M. et al. Prevalence and impact on quality of life of lower urinary tract symptoms among a sample of employed women in Taipei: a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, v.46, n.5, p.633-644, 2009.

LIMA, J.L.D.A; CARVALHO, G.M; MARTINS, A. A. Contribuição da assistência de enfermagem obstétrica pré-natal: educação para prevenção e correção da incontinência urinária de esforço (IUE). **Mundo saúde**. v.31, n.3, p.411-418, jul./set., 2007.

LOPES, M.H.B.M; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.40, n.1, p.34-41, 2006.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 77-96, 1991.

MARQUES, A. A; FERREIRA, N.O. Fisiologia da micção e Fisiopatologia da Incontinência Urinária. In: MARQUES, A.A; SILVA, M.P.P; AMARAL, M.T.P.(org.). **Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher**. 1 ed. São Paulo: Editora Roca LTDA, 2011, p.269-276.

MCBRIDE, R.E. Assessing and treating urinary incontinence. **Home healthcare Nurse**. v.14, n.1, p.27-32, jan. 1996. Disponível em: <
<http://journals.lww.com/homehealthcareonline/pages/results.aspx?txtkeywords=Assessing+and+treating+urinary+incontinence.>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOLLER, L.A.; LOSE, G.; JORGENSEN, T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. **Obstetrics & Gynecology**, Chicago, v.96, n.3, p.446-451, 2000.

MONTEIRO, M.V.C; FILHO, A.L.S. Incontinência Urinária. In: BARACHO, ELZA. **Fisioterapia aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: editora Guanabara, 2007, p. 280-290.

MOSTWIN J. Pathophysiology of urinary incontinence, fecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: ABRAMS, P. et al. (ed.). **Incontinence: 3rd International Consultation on Incontinence**. Paris: Health Publication, 2005. p. 423-484.

NYGAARD, I. Urinary incontinence: is cesarean delirery protective? **Seminars in Perinatology**. v.30, n. 5, p. 267-271, oct, 2006. Disponível em:<
<http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2006.07.007>>. Acesso em: 06 fev 2015.

NORONHA, J.C; LIMA, L.D; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p.365-394.

NUNES, P.L.; RESPLANDE, J. Fisiopatologia da Incontinência Urinária Feminina. In: PALMA, P.C.R.(org.). **Urofisioterapia**: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. 1 ed. São Paulo: Personal Link Comunicações, 2009, p. 65-69.

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.10, p.1927-1953, out. 2013.

PAIM, J.S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Series The Lancet**: saúde no Brasil. Maio, 2011. Disponível em: <
http://www5.enp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf > Acesso em: 14 de jun. 2014.

PRADO, D.S; LIMA, T.I.A; MOTA, V.P.L.P. O conhecimento sobre incontinência urinária em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. **Revista Brasileira de Ciências Médicas e da Saúde**, v.2, n.2, p.12-17, 2013.

PERSSON, J.; HANSSON, P.W; RUDHSTROEM, H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. **Obstetrics & Gynecology**, Chicago, v.96, n.3, p.440-445, 2000.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2008. Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf. Acesso em: 20 jul. 2008.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.supl.1, p.25-32, 1998.

RAMOS, D. L.; JUNQUEIRA, C. R; PUPLAKSIS, N.V. Benefícios de avaliação ética de protocolos de pesquisas qualitativas. In: Guerriero ICZ, Schmidt MLS, Ziccker F. **Ética nas pesquisas em ciências humanas na saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild editores, 2008, p.193-205.

REIS, M.R. O corpo como expressão de arquétipos. **Junguiana: Revista latino-americana da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica**. n. 20, 2002.

RETT, M.T. et al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.29, n.3, p.134-140, mar, 2007.

SACOMORI, C.; NEGRI, N.B.; CARDOSO, F.L. Incontinência urinária em mulheres que buscam exame preventivo de câncer de colo uterino: fatores sociodemográficos e comportamentais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1251-1259, jun, 2013.

SANTOS, P.C. et al. Prevalência e impacte da incontinência urinária de stresse antes e durante a gravidez. **Acta Médica Portuguesa**, 2006. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.22/1526>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

SELEME, M. R. **Incontinência urinária: um problema social de saúde pública**. 2006. 242 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, L.; LOPES, M.H.B.M. Incontinência urinária em mulheres: razão da não procura por tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.4, n.3 (1), p.72-78, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco- Ministério da Saúde, 2002.

TAMANINI, J.T.N. et al. Validation of the “International Consultation on Incontinence Questionnaire - short form” (ICIQ-SF) for portuguese. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.3, p.438-444, 2004.

TUBARO, A. et al. Imaging and other investigations. In: ABRAMS P., *et al.* **Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence**. 4a ed. Paris: Health Publication, p.541-630, 2009.

TURATO, E. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n.3, p. 507-514, 2005.

VASCONCELOS, C.M; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS G.W.S, et al.(org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p.531-562.

VAZ, C. T. **Assistência fisioterapêutica a mulheres com incontinência urinária na atenção básica**. 2012. 73 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte, 2012.

VOLKMER, C. et al. Incontinência Urinária Feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p. 2703-2715, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care. Geneva: **World Health Organization**, 1978.

YANG, X., et al. The prevalence of fecal incontinence and urinary incontinence in primiparous postpartum Chinese women. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v.152, n.2, p.214-217, 2010.

APÊNDICE A - Questionário para identificação de mulheres com incontinência urinária na unidade de saúde.

“MUITAS PESSOAS PERDEM URINA ALGUMA VEZ. ESTAMOS TENTANDO DESCOBRIR QUANTAS PESSOAS PERDEM URINA E O QUANTO ISSO AS ABORRECE. FICARÍAMOS AGRADECIDOS SE VOCÊ PUDESSE NOS RESPONDER AS SEGUINTE PERGUNTAS, PENSANDO EM COMO VOCÊ TEM PASSADO NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS”:

1- DATA DE NASCIMENTO: _____

2- VOCÊ PERDE URINA ALGUMA VEZ DURANTE O SEU DIA?

() SIM () NÃO

3- QUAL A QUANTIDADE DE URINA QUE VOCÊ PENSA QUE PERDE:

- () NENHUMA
 () UMA PEQUENA QUANTIDADE
 () UMA MODERADA QUANTIDADE
 () UMA GRANDE QUANTIDADE

4- EM GERAL, QUANTO QUE PERDER URINA, INTERFERE EM SUA VIDA DIÁRIA? CIRCULE UM NÚMERO ENTRE 0 (NÃO INTERFERE) E 10 (INTERFERE MUITO)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5- VOCÊ APRESENTA PERDA URINÁRIA EM ALGUMAS DAS SITUAÇÕES ABAIXO:

- () ANTES DE CHEGAR AO BANHEIRO
 () QUANDO TOSSE OU ESPIRRA
 () QUANDO ESTOU DORMINDO
 () QUANDO TERMINEI DE URINAR E ESTOU ME VESTINDO
 () QUANDO FAZ ATIVIDADE FÍSICA
 () PERDE SEM RAZÃO OBVIA
 () PERDE O TEMPO TODO

OBS: perguntas extraídas do International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form (ICIQ-SF)

APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista Semi Estruturada (Questões Fechadas e Abertas)

1- Dados sociodemográficos- identificação do sujeito

1.1 Nome: _____

1.2 Idade (em anos): _____

1.3 Telefones: _____

1.4 Bairro: _____

1.5 Grau de instrução:

- Não alfabetizada
- ensino fundamental incompleto
- ensino fundamental completo
- ensino médio incompleto
- ensino médio completo
- superior incompleto
- superior completo

1.6 Estado civil:

- casada
- união consensual
- solteira
- divorciada
- viúva

Se casada ou união consensual, há quanto tempo (anos):

1.7 Etnia

- branca
- preta
- parda
- amarela
- outra

1.8 Situação ocupacional:

estudante Série: _____

desempregada

do lar

aposentada

empregada carteira assinada sim() Não()

Qual atividade: _____

1.9 Renda familiar em salários mínimos (mês):

- 1
- 2
- 3
- 4
- maior que 4

2- Dados clínico-obstétricos

2.1 Dados gestacionais: Filhos: Não () Sim()

2.2 Número de filhos: () um () dois () três () mais de três filhos

2.3 Partos cesáreo () um () dois () três () mais de três

2.4 Partos Vaginal: () um () dois () três () mais de três

2.5 Episiotomia: não () sim ()

2.6 Número de episiotomias:

() um () dois () três () mais de três episiotomias

2.7 CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO TIPO DE IU (baseada nos critérios da sociedade brasileira de urologia):

() Esforço: quando há perda de urina ao tossir, rir, fazer exercício, etc.

() Urgência: ocorre quando há súbita vontade de urinar e a pessoa não consegue chegar a tempo ao banheiro

() Mista: associação dos dois tipos anteriores

2.8 Tempo de queixa

() Menos de 3 meses

() Mais de 3 meses

() 3 meses há 1 ano

() 1 a 3 anos

() 3 a 5 anos

() > 5 anos

2.9 Menopausa

() sim

() não

2.9.1 Co morbidades:

() Hipertensão

- () Diabetes
- () outras

2.9.2 Já realizou cirurgias:

- () sim qual? _____
- () não

2.9.3 Tabagista:

- () sim
- () não

3- ROTEIRO DA ENTREVISTA – QUESTÕES ABERTAS

- 1- Em que momento da sua vida começou a perceber que você estava perdendo urina?
- 2- O que você acredita que tenha causado a sua perda urinária?
- 3- Você já contou para alguém da sua família ou amigas(os) que você tem perda urinária?
- 4- A perda urinária já atrapalhou sua vida íntima? Conte-me como se sente.
- 5- Você acha que seria necessário(importante)um tratamento para a sua perda urinária? Por quê?
- 6- Já procurou um profissional de saúde para falar desse problema? Conte-me como foi. Se não, por quê?
- 7- Já tentou algum tratamento ainda que caseiro para incontinência urinária?
- 8- Você acredita que a perda urinária tem solução? Tem algum tipo de tratamento para isso?
- 9- Aqui nessa unidade de atendimento tem tratamento para perda de urina?
 - Se a resposta for positiva porque nunca procurou?
 - Se a resposta for negativa, qual a sua opinião sobre o fato dessa unidade de atendimento não ter um tratamento específico para perda de urina nas mulheres? O que vc pensa sobre isso?
- 10- Quais os sentimentos em relação a sua perda urinária?
- 11- Já deixou de sair alguma vez por conta da perda urinária?
- 12- Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro por meio deste termo que concordo em ser entrevistada e participar da pesquisa referente ao projeto intitulado: Desatenção a mulheres incontinentes nos serviços básicos de saúde: significados atribuídos, implicações sociais e afetivas, com os seguintes objetivos: analisar a experiência e as implicações sociais e afetivas de mulheres com perda urinária que se encontram em uma unidade de atenção básica, sem nenhuma perspectiva de tratamento. Com a seguinte metodologia de coleta de dados: entrevista, desenvolvido pelo pesquisador Prof^a. Raquel de Matos Lopes Gentilli, e pela mestranda Flávia Azevedo de Brito. Fui informada ainda, que a pesquisa é orientada pela Prof^a. Dra Raquel de Matos Lopes Gentilli, e sempre que quiser poderei pedir mais informações à pesquisadora através do e-mail raquel.gentilli@emescam.br.

Afirmo que aceitei participar espontaneamente, sem receber qualquer incentivo ou ter qualquer ônus, com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada que o risco da entrevista será mínimo e, no caso da entrevistada vir a manifestar desejo de interromper a entrevista, apresentar algum sentimento de emoção ou mesmo queira deixar de participar da mesma, mesmo após ter consentido, poderá desistir da pesquisa a qualquer momento. Fui informado (a) também que ao participar desta pesquisa não terei nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o conhecimento da incontinência urinária feminina, pois a partir dessas informações, a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos, junto à secretaria de saúde do município da Serra. Fui também esclarecida de que apenas a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às minhas informações e as mesmas ficarão sob a guarda da pesquisadora até 5 (cinco anos) após a conclusão da pesquisa, quando então serão descartados de maneira adequada. Minha colaboração será feita de forma confidencial e privativa através de uma entrevista com duração de aproximadamente 45 minutos, que será realizada por um profissional. Estou ciente que posso me retirar dessa pesquisa e também me recusar a dar alguma informação a qualquer momento, sem prejuízo nenhum ou sofrer qualquer constrangimento.

Qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa fui informada de que poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM (CEP/EMESCAM), no telefone: (27) 3334-3586. Atesto o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Serra, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do (a) participante.

Assinatura do mestrando pesquisador e telefone
Flávia Azevedo de Brito/Tel: 98122-9670/
e-mail: flabrito05@hotmail.com

APÊNDICE D – Gráficos dos dados sócio-demográficos e clínico-obstétricos

Gráfico 1: Grau de instrução

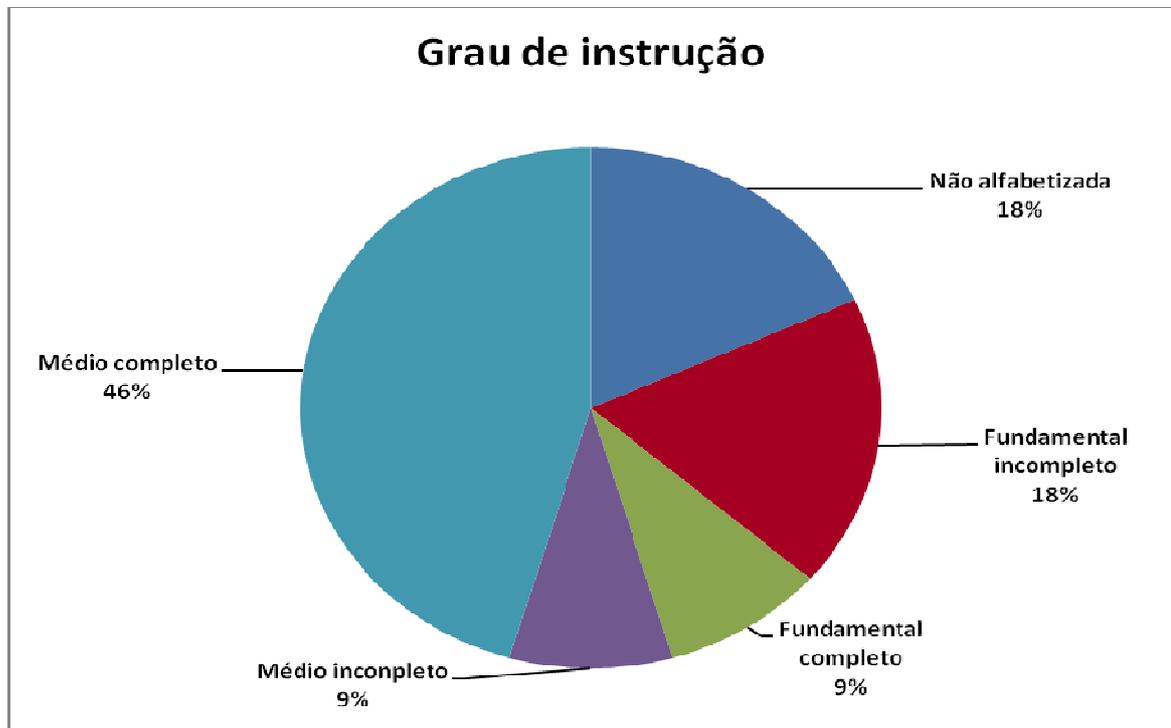


Gráfico 2: Estado civil

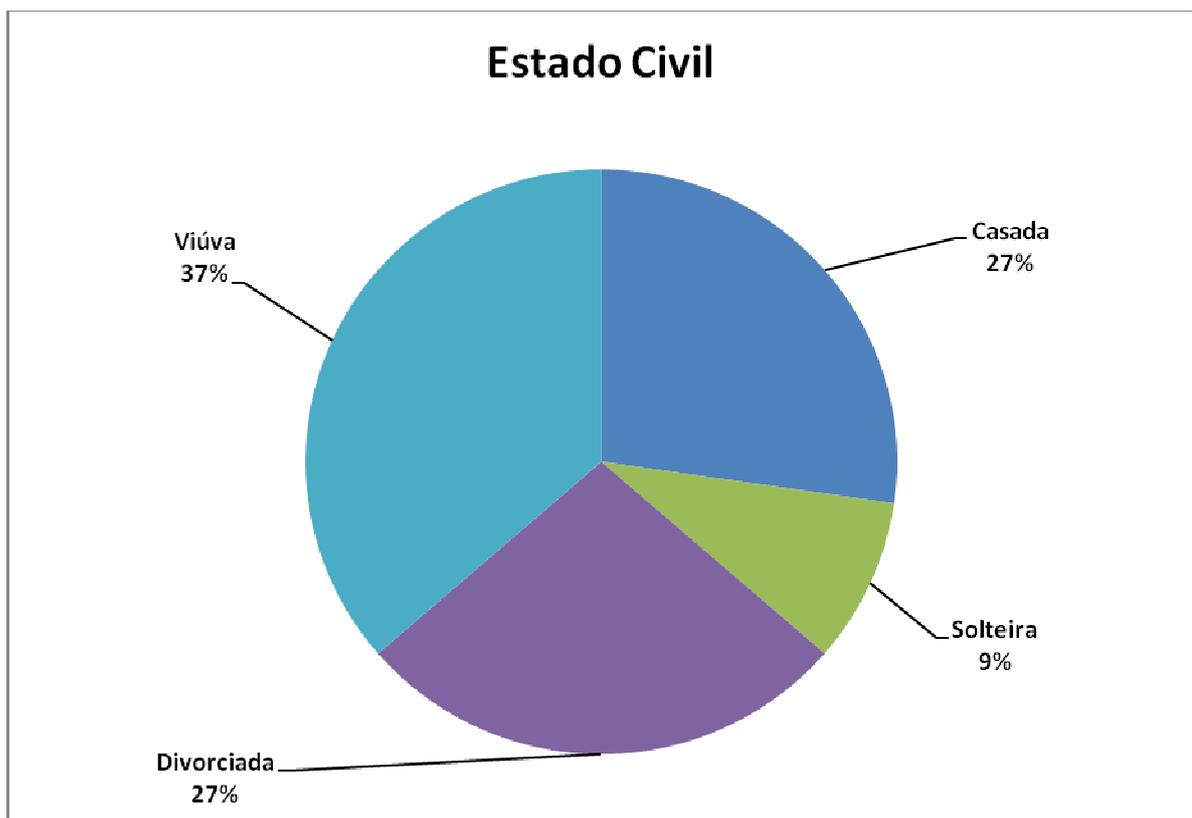


Gráfico 3: Etnia

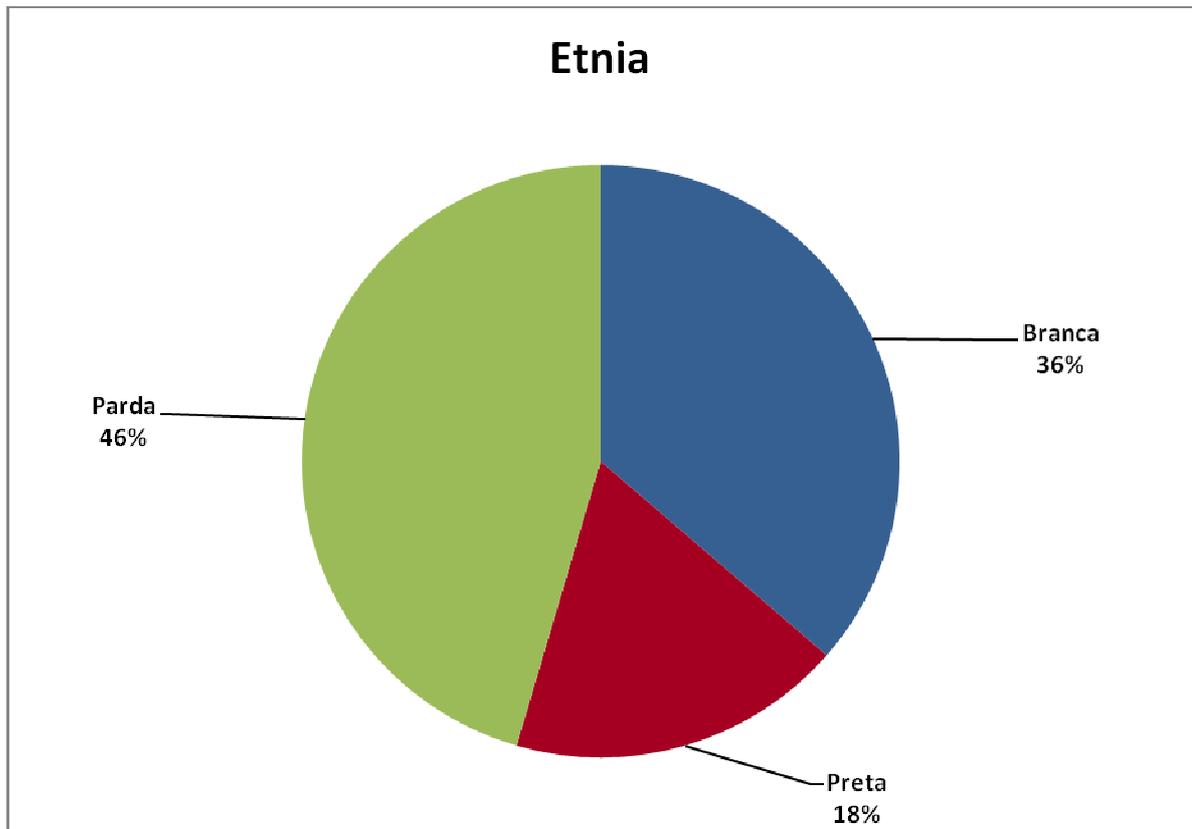


Gráfico 4: Situação ocupacional



Gráfico 5: Renda familiar

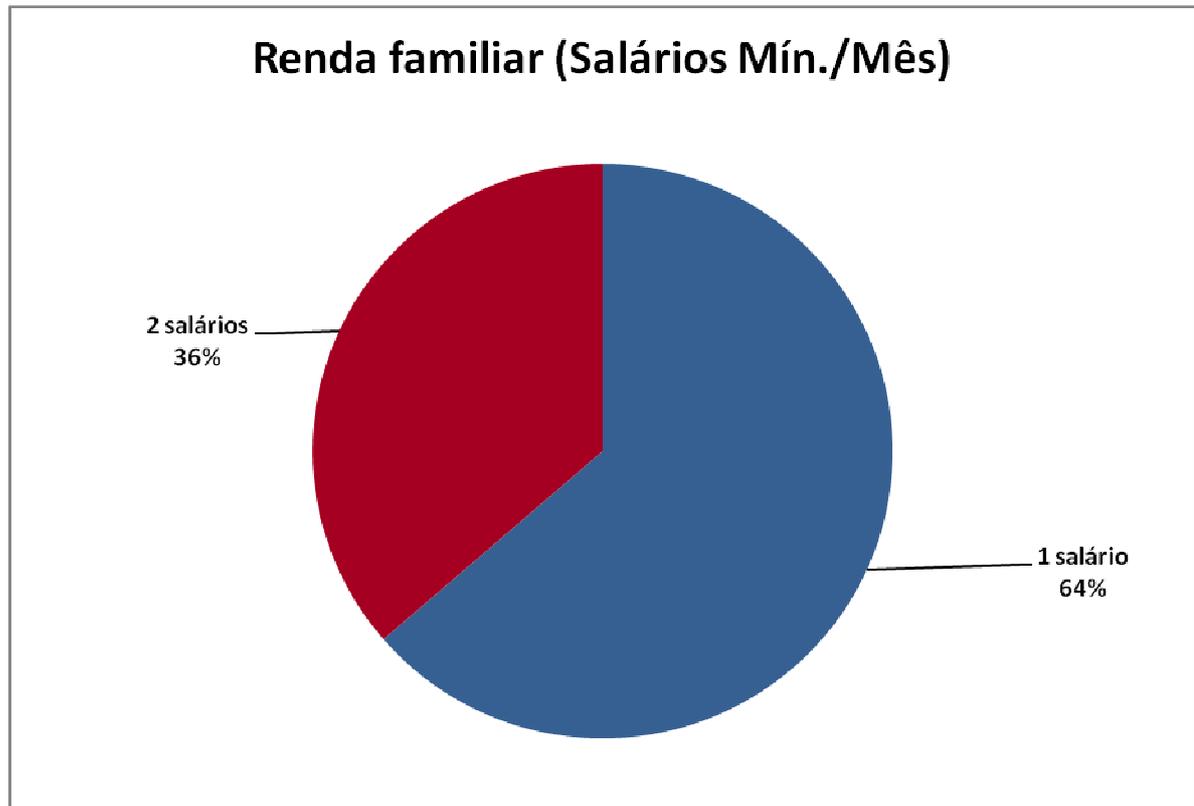


Gráfico 6: Número de filhos

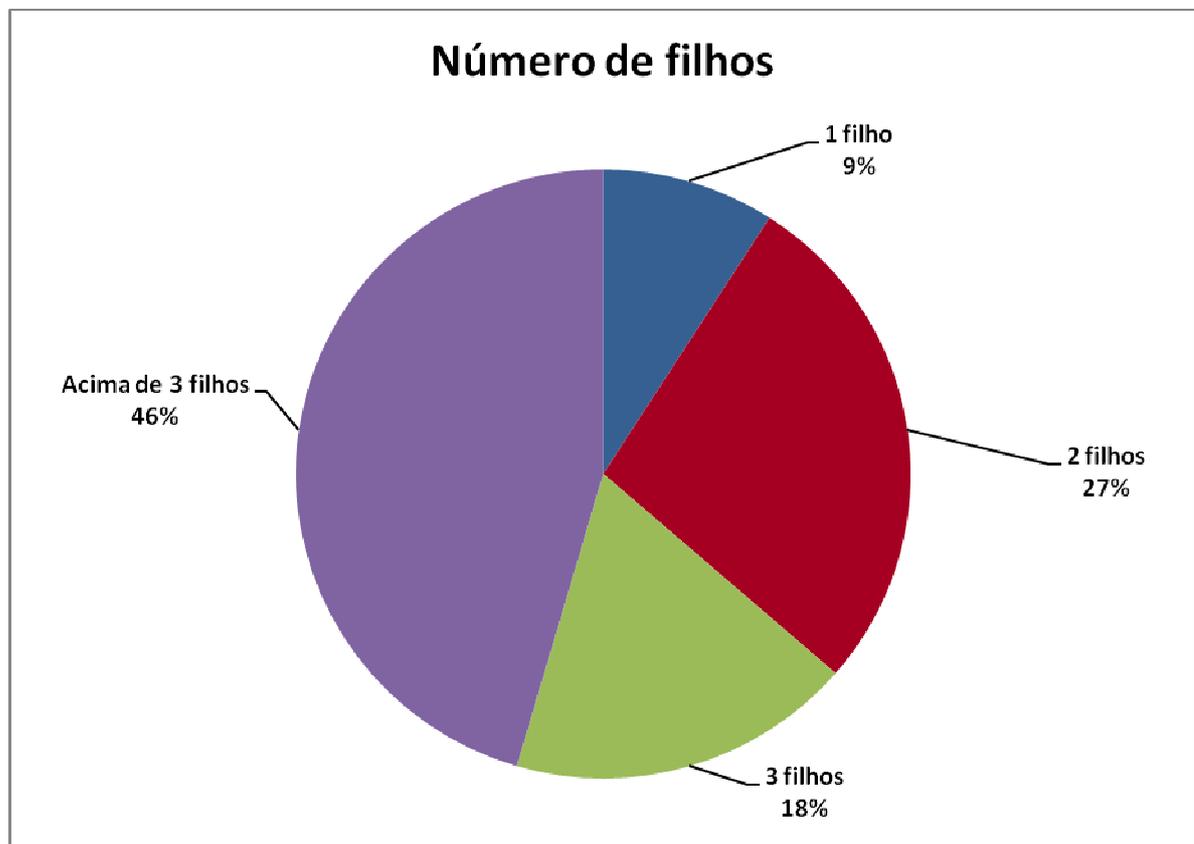


Gráfico 7: Tipos de parto

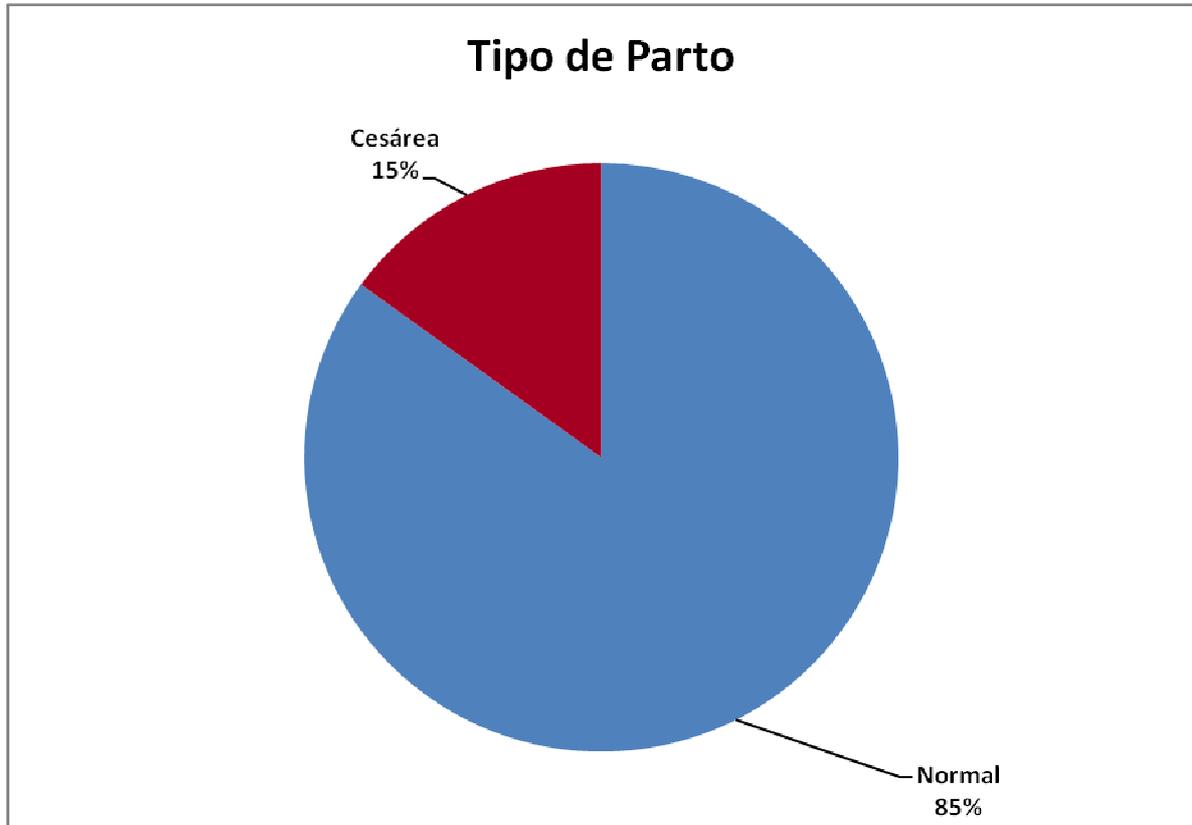


Gráfico 8: Episiotomia

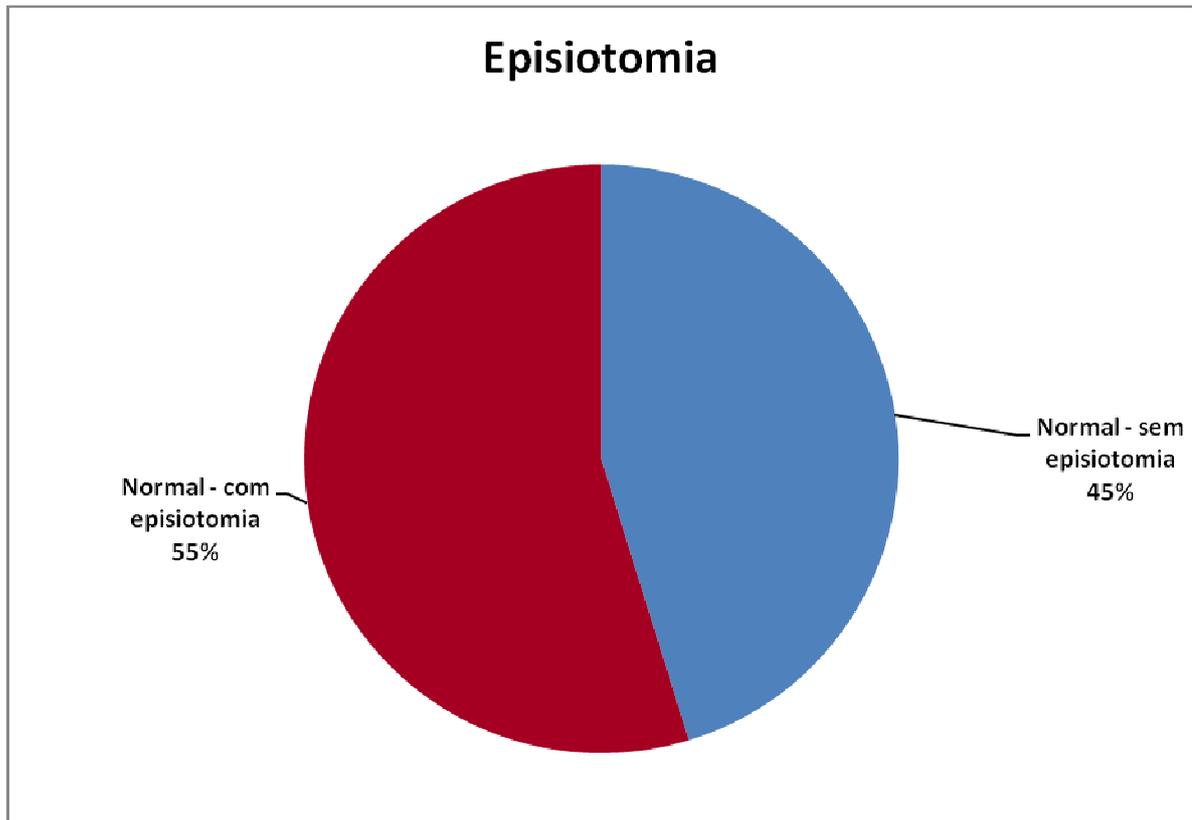


Gráfico 9: Tipos de Incontinência Urinária

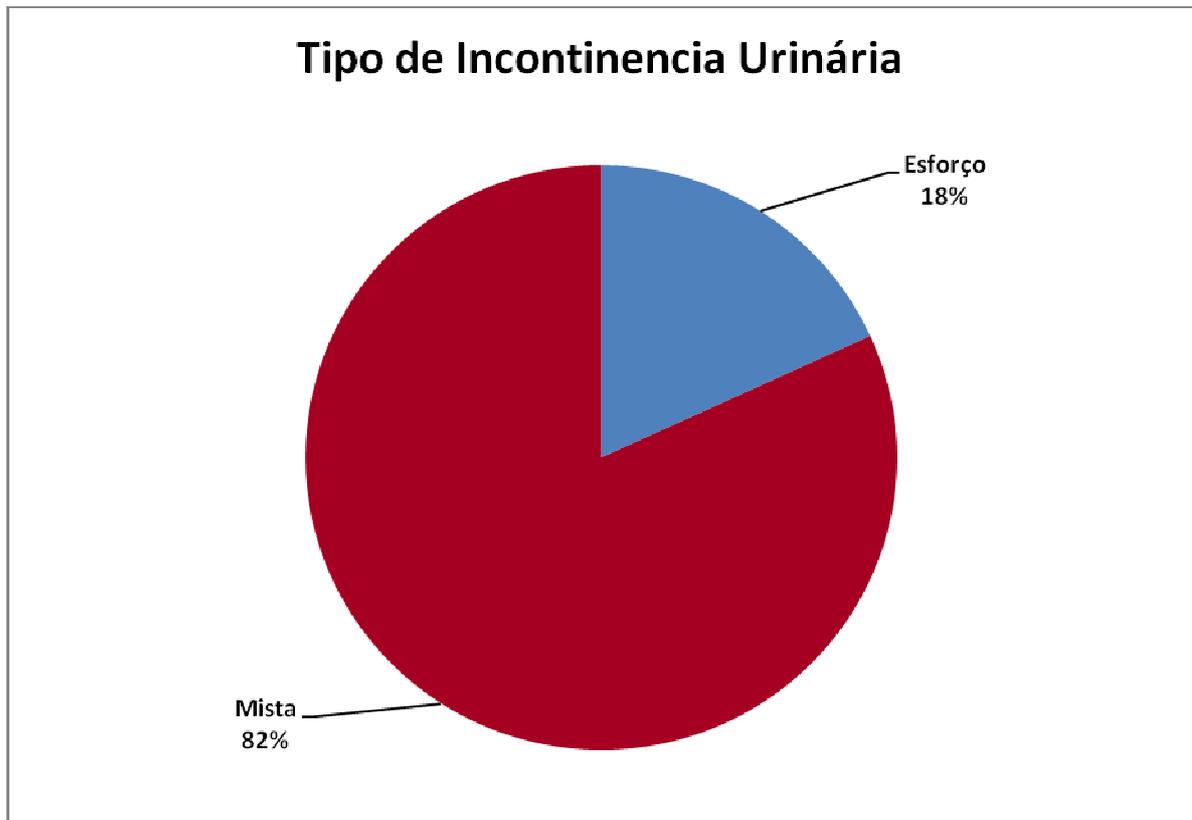


Gráfico 10: Tempo de Queixa

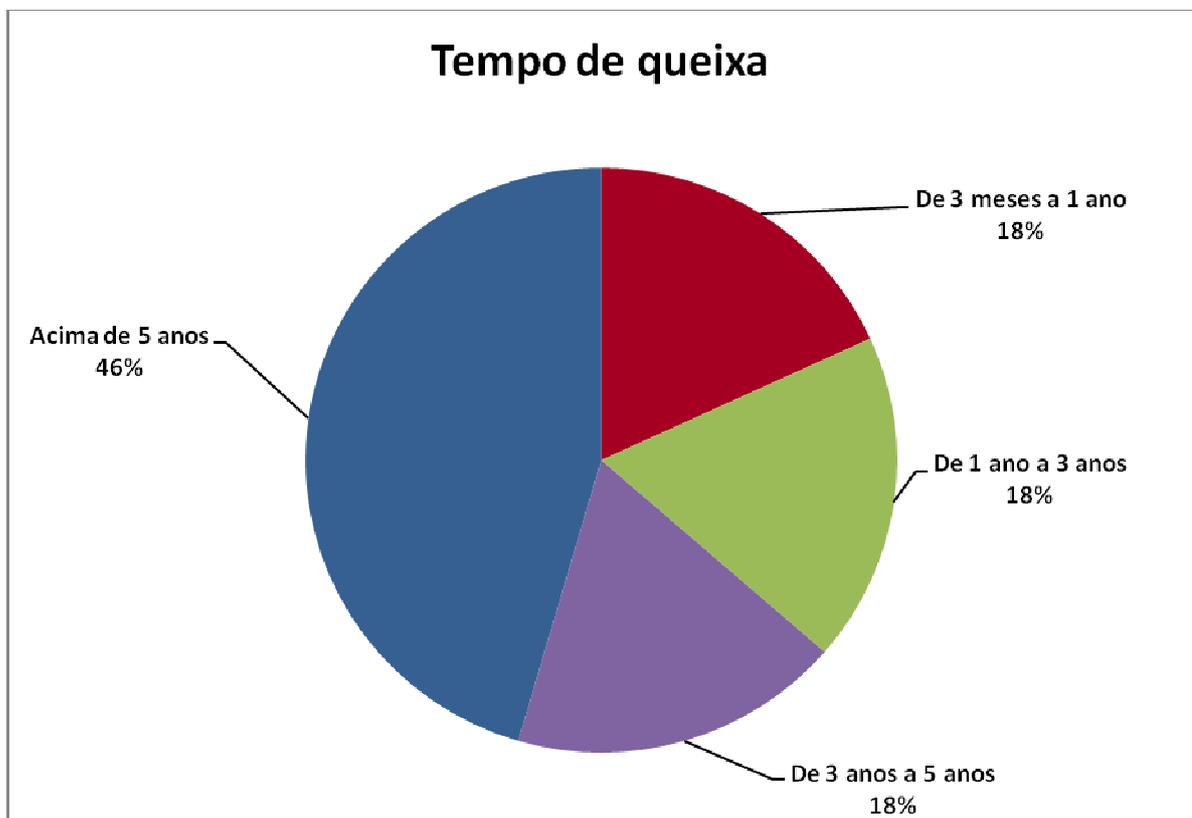


Gráfico 11: Menopausa

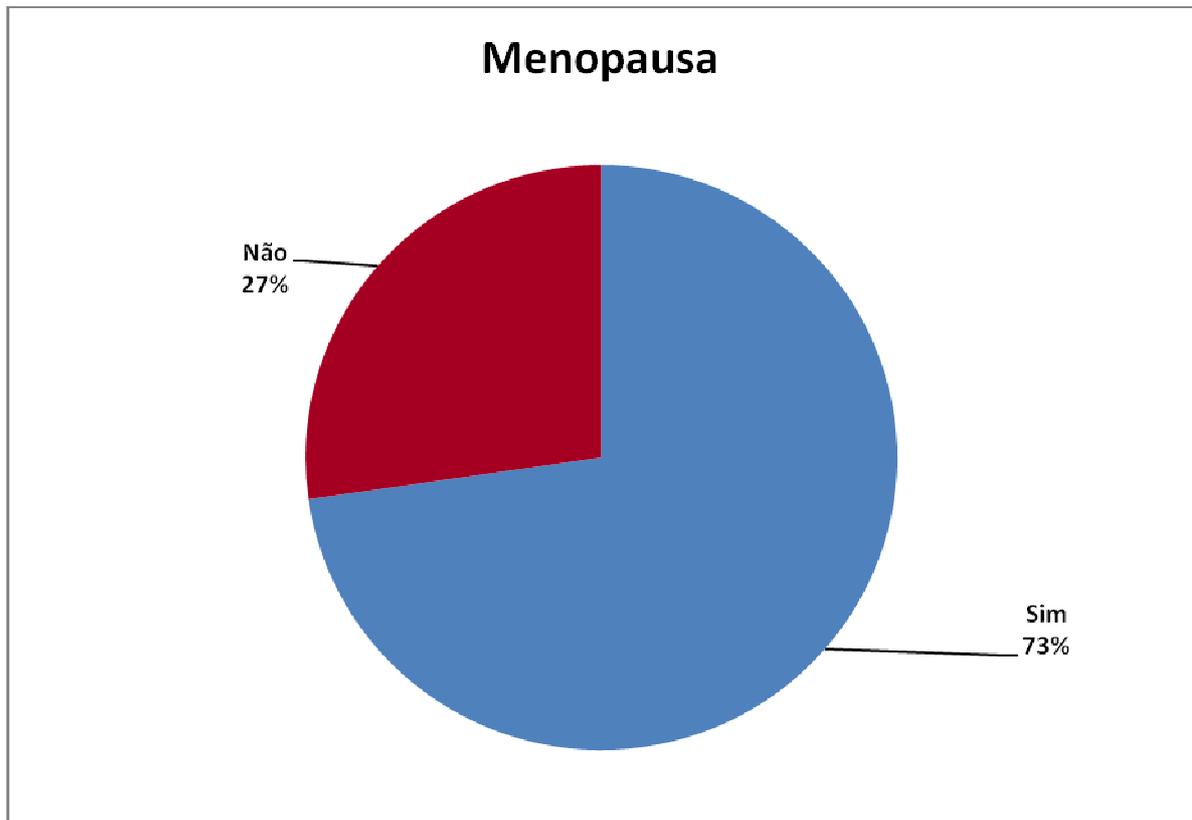
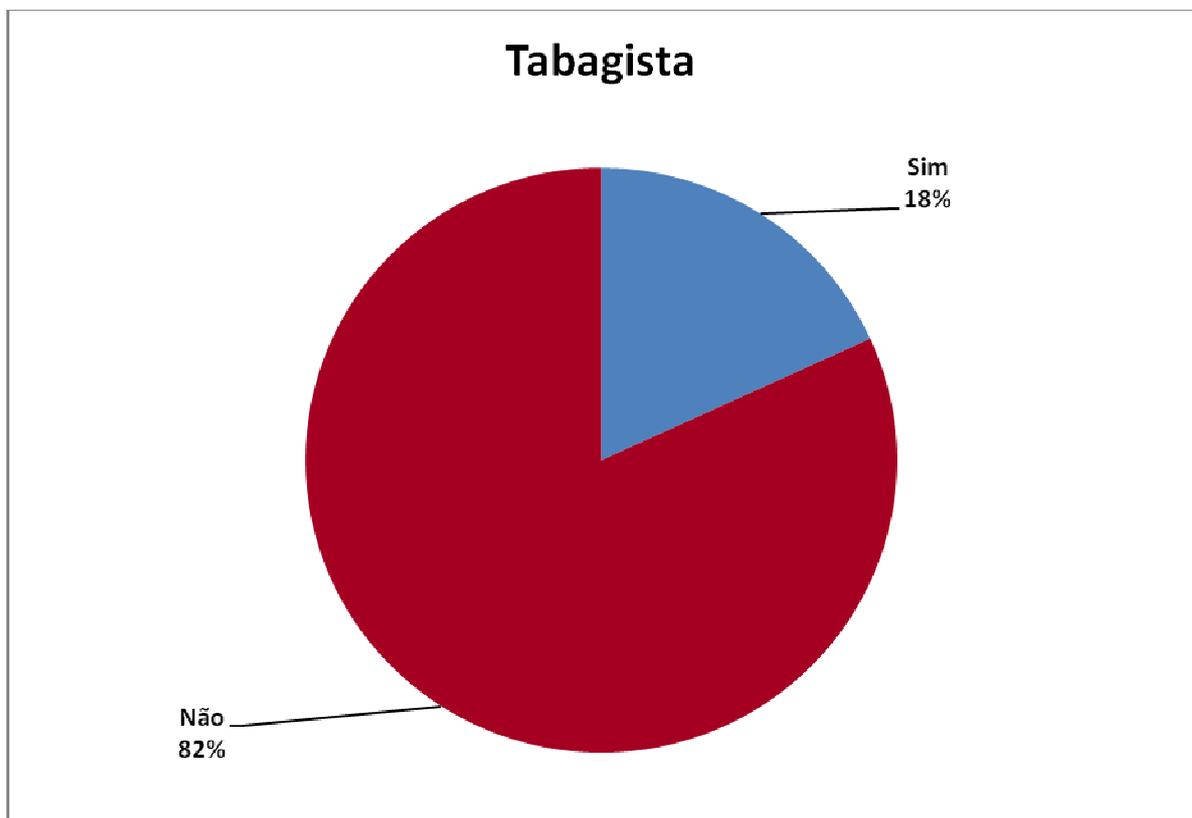


Gráfico 12: Tabagismo



ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desatenção a mulheres incontinentes nos serviços básicos de saúde: significados atribuídos, implicações sociais e afetivas.

Pesquisador: Flávia Azevedo de Brito

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33605314.1.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 848.217

Data da Relatoria: 27/10/2014

Apresentação do Projeto:

A hipótese deste estudo é de que a não oferta de serviços de atenção básica a pacientes com perda urinária tem levado ao agravamento dos problemas de saúde da mulher em seus aspectos sociais e afetivos em decorrência de fatores culturais que a consideram normal e inevitável. Como metodologia, adotará questionário com questões abertas da entrevista semi estruturada para dados qualitativos e questões fechadas para dados quantitativos.

A seleção dos sujeitos será realizada com as mulheres que participam do programa de rastreamento de câncer de colo de útero Unidade Regional de Saúde (URS) de Serra Dourada II, localizada no município da Serra. Os sujeitos serão abordadas pela pesquisadora enquanto aguardam atendimento médico na unidade, durante o período estabelecido por conveniência de 03 a 28 de novembro de 2014. Nesta etapa o instrumento será um questionário simples elaborado para este estudo pela pesquisadora, com a finalidade de identificar mulheres que apresentem a queixa de perda urinária. Este instrumento foi elaborado com base em um questionário específico para incontinência urinária, validado e traduzido no Brasil por Tamanini e colaboradores em 2004. As mulheres que apresentem a queixa de perda urinária serão convidadas a participar de uma entrevista semi estruturada com a pesquisadora. Dessas mulheres serão coletados: número de telefone, endereço e será agendado um horário e dia para a

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 848.217

realização da entrevista, de acordo com a disponibilidade delas.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Analisar a experiência e as implicações sociais e afetivas de mulheres com perda urinária que frequentam uma unidade de atenção básica, sem nenhuma perspectiva de tratamento.

Específicos:

- Identificar o perfil sócio-demográfico e clínico-obstétrico das mulheres com perda urinária.
- Descrever a percepção das mulheres sobre a perda urinária como agravo de saúde.
- Verificar o conhecimento sobre possibilidades terapêuticas e perspectivas futuras em relação à perda urinária.
- Identificar as implicações sociais e afetivas da vivência com a perda urinária em decorrência da falta de atendimento na atenção básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa oferece risco mínimo, tais como constrangimentos, que serão amenizados com o anonimato e sigilo de dados que possam identificar os sujeitos entrevistados.

Benefícios:

Contribuir para uma discussão sobre a necessidade de projetos para mulheres com IU na atenção básica a partir de uma reflexão e experiência das entrevistadas. Contribuir com achados qualitativos sobre mulheres incontinentes para a comunidade científica. Todas as pacientes participantes do estudo serão orientadas a conversar com seu médico ginecologista na própria unidade sobre a queixa de incontinência urinária. Espera-se que com esta pesquisa seja possível contribuir com informações que ajudem a melhor entender o fenômeno e com reflexões sobre possibilidades de assistência precoce.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A incontinência urinária, trata-se de um achado relativamente usual em mulheres, sendo importante um olhar no sentido de buscar um maior entendimento do que ocorre na atenção primária em relação a assistência. Apesar da IU ser relativamente frequente, não existe tratamento fisioterapêutico (em termos preventivos, nem terapêutico) no Sistema Único de Saúde, alternativo aos procedimentos cirúrgicos, recomendados quando a IU se encontra em nível bastante grave. Entendo que a pesquisa pode contribuir para mudar essa realidade, principalmente se seu resultado for informado aos órgãos competentes (Secretária de saúde) e interessados no assunto

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 848.217

de forma geral (Revistas científicas, ABAFI, etc...).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Diante do exposto, sugiro encaminhar o resultado da pesquisa para a secretária de saúde, ABAFI e outros órgãos envolvidos com a incontinência urinária com o objetivo de informar/reforçar a importância e necessidade de tratamento adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências e inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi aprovado pelo CEP: projeto aprovado. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicadas ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 848.217

VITÓRIA, 28 de Outubro de 2014

Patricia Casagrande

Assinado por:

PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br