

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

IMPLICAÇÕES DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA SEXUALIDADE DA MULHER

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia, ao
abrigo do Despacho nº 345/2012 do Diário da República, 2ª. Série – nº 8 – 11
de janeiro de 2012

Autor: Maria de La Salette Carvalho Costa Cruz

Orientadora: Professora, Doutora Cidália Maria de Barros Ferraz Amorim

Coorientadora: Especialista na Área Científica de Enfermagem Maria Augusta Moreno
Delgado da Torre



Viana do Castelo, março de 2015

Cruz, M. S. C. C. (2015) Implicações da Incontinência Urinária na Sexualidade da Mulher. Viana do Castelo: Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Trabalho expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia apresentada na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

DESCRITORES: INCONTINÊNCIA URINÁRIA, SEXUALIDADE, ENFERMAGEM, CUIDADOS DE ENFERMAGEM, SAÚDE DA MULHER

Publicação através da comunicação:

Amorim,, C.M.B.F. & Cruz, M.L.S.C.C. (2014). Implicações da Incontinência Urinária na Sexualidade da Mulher. *In Congresso Internacional de Saúde Sexual e Reprodutiva – da formação aos desafios da intervenção em saúde sexual e reprodutiva*. Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

*“Curiosidade, criatividade, disciplina e especialmente
paixão são algumas exigências para o desenvolvimento
de um trabalho criterioso, baseado no confronto
permanente entre o desejo e a realidade”.*

(Mirian Goldenberg)

AGRADECIMENTOS

Para as participantes neste estudo: sem elas não seria possível a realização deste trabalho. Pela disponibilidade e partilha de experiências da intimidade fundamentais para que este estudo fosse possível.

À minha orientadora: a Professora/Doutora Cidália Maria de Barros Ferraz Amorim, pela orientação, partilha, tranquilidade, compreensão, orientação e incentivo durante todo este processo académico para que, concretize esta etapa na minha vida.

À minha coorientadora: Professora Maria Augusta Moreno Delgado da Torre pela sua sensibilidade, colaboração e disponibilidade demonstrada.

Às minhas filhas e marido pelo vosso amor incondicional.

Aos meus pais pelo apoio e incentivo.

Às minhas amigas e colegas: pelo apoio, incentivo e amizade que retribuo com carinho.

A todos os que me apoiaram o meu muito obrigado.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
I - PARTE - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
1. ANATOMOFISIOLOGIA DO SISTEMA URINÁRIO FEMININO	23
1.1 ANATOMIA DO SISTEMA URINÁRIO FEMININO	23
1.2 NEUROFISIOLOGIA DA MICÇÃO.....	24
1.3 PAVIMENTO PÉLVICO FEMININO.....	24
2. FISIOPATOLOGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	27
2.1 TIPOS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA	29
2.2 FATORES DE RISCO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	29
2.3 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	32
3. SEXUALIDADE NA MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA	37
3.1 FISIOLOGIA DA FUNÇÃO SEXUAL.....	38
3.2 A SEXUALIDADE E INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	41
4. CUIDAR DA MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA	45
II – PARTE - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	49
1. JUSTIFICAÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO	51
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS	55
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	55
2.2 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE PESQUISA.....	56
2.3 ESTRATÉGIA DE RECOLHA DE DADOS.....	61
3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	65
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	67
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

APÊNDICES.....	XCIX
<i>APÊNDICE 1 – GUIÃO DA ENTREVISTA.....</i>	<i>CI</i>
<i>APÊNDICE 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO DAS PARTICIPANTES.....</i>	<i>CV</i>
<i>APÊNDICE 3 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO</i>	<i>CIX</i>
<i>APÊNDICE 4 – QUADROS MATRIZES DE REDUÇÃO DE DADOS AREA</i> <i>TEMÁTICA</i>	<i>CXVII</i>
ANEXOS.....	CXXV
<i>ANEXO 1- AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO</i>	<i>CXXVII</i>

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização das Participantes do Estudo	58
Quadro 2 - História Obstétrica e Ginecológica das Participantes no Estudo	60
Quadro 3 - Área Temática – Implicações da IU na Sexualidade da Mulher	68
Quadro 4- Área Temática - Constrangimentos referidos pela Mulher com Incontinência Urinária	73
Quadro 5- Área Temática - Estratégias Mobilizadas pelas Mulheres com Incontinência Urinária	75

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária é uma patologia frequente nas mulheres sendo expectável que a incidência aumente concomitantemente com a idade. Constitui-se como um problema de saúde, com repercussões a nível físico/psicológico/social e económica, originando uma baixa qualidade de vida com um impacto negativo na vida sexual.

Objetivos: Este estudo teve como objetivo perceber as implicações da Incontinência urinária na Sexualidade da Mulher; identificar os constrangimentos de ordem sexual das mulheres com incontinência urinária bem como as estratégias e os recursos mobilizados pelas mulheres. Pretende-se que este estudo se constitua como ponto de partida para a concepção de programas de intervenção direccionados para a saúde da mulher com IU, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e dos cuidados de enfermagem no atendimento da mulher com Incontinência Urinária.

Metodologia: Trata-se de um estudo de natureza qualitativa do tipo exploratório e descritivo utilizando como instrumento de recolha de dados a entrevista semi estruturada realizada entre janeiro e fevereiro de 2014, a mulheres inscritas numa unidade de saúde da região Norte e portadoras de IU. A amostra foi constituída por 17 mulheres. Os discursos foram analisados com recurso à técnica de análise de conteúdo com respetiva codificação.

Resultados: A incontinência urinária revela implicações na sexualidade da mulher, de nível físico, traduzidas por disfunções sexuais, fundamentalmente, a diminuição da libido, a diminuição do prazer e a dispareunia e de nível emocional pelo medo de perder urina no ato sexual e vergonha. Estes fatores provocam restrição da atividade social da mulher, no entanto, revelam estratégias para minimizar o problema.

Conclusões: A IU é um problema de saúde que não coloca em risco a vida da mulher, mas perturba o seu bem-estar físico e psicológico. Existe um enorme desafio da enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no sentido de contribuir para a prevenção da IU, assim como, na melhoria da qualidade de vida das mulheres com esta patologia, com intervenções de enfermagem centrada na pessoa, nas vivências relativas à IU e, nas implicações que esta patologia tem na sexualidade.

PALAVRA-CHAVE: INCONTINÊNCIA URINÁRIA, SEXUALIDADE, ENFERMAGEM, CUIDADOS DE ENFERMAGEM, SAÚDE DA MULHER

ABSTRACT:

Introduction: Urinary incontinence is a common condition in women and it is expected that its incidence increases with age. It is characterized as a health problem, affecting physical/ psychological/ social and economic levels, resulting in a low quality of life with a negative impact on sexual life.

Goals: This study aims to understand the sexual experiences of women with urinary incontinence; identify limitations related with the sexual activity of women with urinary incontinence as well as strategies and resources they create to cope with it. This study tries to create a starting point for designing targeted intervention programs for women's health with UI, contributing to improving the quality of life and nursing care of women with UI.

Methodology: It is a qualitative study, exploratory and descriptive using data of semi-structured interviews conducted in January and February 2014, of women registered in a health unit in the northern region who suffer from UI. The sample consisted of 17 women. The speeches were analyzed using content analysis technique with respective coding.

Results: Urinary incontinence reveals implications for women's sexuality at the physical level, translated by sexual dysfunction, essentially, such as decreased libido, decreased pleasure and dyspareunia and emotional level by fear of losing urine during sex and embarrassment. These factors cause restrictions in social activities of women, however, reveal strategies to minimize the problem.

Conclusions: The UI is a health problem that does not endanger the woman's life, but disrupts her physical and psychological well-being. There is a huge challenge that lies with the EESMO to contribute in the prevention of UI, as well as improving women's quality of life with this condition, with nursing interventions focused on the person, the experiences related to the UI and the implications that this disease has on sexuality.

KEYWORD: URINARY INCONTINENCE, SEXUALITY, NURSING, NURSING CARE, WOMEN'S HEALTH.

Lista de Siglas e Acrónimos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

PP – Pavimento Pélvico

ARS – Administração Regional da Saúde

ARSN - Administração Regional da Saúde do Norte

BC – Músculo bulbocavernoso

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetria

IC - Músculo Isquiocavernoso

ICIQ-SF – Consultation on Incontinence Questionnaire

ICS - Sociedade Internacional de Continência

IMC - Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IU – Incontinência Urinária

IUE - Incontinência Urinária de Esforço

IUM – Incontinência Urinária Mista

IUU – Incontinência Urinária de Urgência

KHQ - King'sHealth Questionnaire

MPP – Musculatura do Pavimentos Pélvico

MIM@UF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS – Organização Mundial da Saúde

PF – Planejamento Familiar

PIA – Pressão Intra-abdominal

SNA - Sistema Nervoso Autônomo

SNC - Sistema Nervoso Central

SNP - Sistema Nervoso Periférico

SNPA – Sistema Nervoso Parassimpático

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TOT - Tape transobturatório

TVT - Tension-Free Vaginal Tape

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida acarreta, frequentemente, o surgimento de patologias sendo, por isso, expectável que a incidência da incontinência urinária (IU) nas mulheres aumente concomitantemente com a idade, conforme Leon-Guerrero (2011). Esta patologia urinária constitui um desconcertante problema de saúde com repercussão social e económica, dando origem a problemas adicionais e reduzindo, conseqüentemente, a qualidade de vida (Castro, Pereira, Serrão & Diusso, 2010; Rodrigues, 2011). Para Ribeiro e Raimundo (2005) a incontinência urinária (IU) associa-se, quase sempre, a uma baixa qualidade de vida esta tem um impacto negativo na vida sexual.

A IU e a sexualidade perfazem uma ampla dimensão pessoal, própria do ser humano, constituindo a sua totalidade biopsicossocial e espiritual as quais, quando alteradas, afetam a vida da mulher/casal. Este problema refere não somente a uma dimensão biológica, mas também a um universo dotado de subjetividade, em que se firmam as relações pessoais e interpessoais (Oliveira, Jesus & Merighi, 2008). Como tal, trata-se de uma problemática atual, afetando mulheres jovens, adultas e ativas, também idosas, muitas vezes, sem fatores de riscos conhecidos (Higa, Lopes & Reis 2008). Para Ribeiro e Raimundo “ (...) *os estudos sobre o impacto da relação de vida sexual e IU são reduzidos*” (2005, p.305). Assim sendo, parece pertinente articular conceitos teóricos, tendo em consideração o ponto de vista interventivo, uma vez que existe uma relação evidente entre a IU e a sexualidade da mulher.

Sendo o atendimento em Cuidados de Saúde Primários o sector da saúde que mais contribui de forma efetiva para o atingimento de metas de saúde projetadas no Plano Nacional de Saúde, cabe aos enfermeiros de família e aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna, Obstétrica (EESMO), responder às necessidades dos indivíduos e família nos programas direcionados para a saúde sexual e reprodutiva na vertente promocional, preventiva, curativa e de reabilitação no processo de saúde/doença (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Da análise crítica do estado de arte referente as questões relacionadas com a saúde sexual, emerge o interesse em estudar as implicações no âmbito da sexualidade da mulher com IU. Considerando que as consultas de enfermagem representam momentos privilegiados para a prevenção da IU nas mulheres, nomeadamente nas consultas de planeamento familiar,

saúde materna e saúde infantil e juvenil; pretende-se, com este estudo, encontrar respostas adequadas e individualizadas que resultem em contributos efetivos para a melhoria da saúde e da qualidade de vida destas populações.

Em Portugal, a prevalência da IU em mulheres com mais de 40 anos é de 21,4%; a IUE de 8,6%; IUM de 8,5% IUU é de 4,3%; os episódios de perdas de urina ocorreram uma ou mais vezes por dia em 52% dos indivíduos e pelo menos uma vez por semana a 23%, conforme o estudo realizado a 1925 mulheres (2008) pela Faculdade de Medicina do Porto.

Palma e Riccetto (2004) refere que pelo menos 85% dos que sofrem de incontinência podem ser totalmente curados, outros 10% podem ter melhorias significativas e os 5% restantes podem levar uma vida mais confortável.

Assim, surge a pertinência do presente estudo, ambicionando que o resultado do mesmo sirva de alicerce a uma futura definição de estratégias de intervenção direcionadas para a saúde da mulher, melhorando também o desempenho dos profissionais de saúde. O conhecimento favorece a mudança, por isso, é importante conhecer em profundidade, quais as consequências que a IU acarreta para a vida sexual da mulher e que estas, identifiquem estratégias adaptativas a fim de solicitar ajudas e melhorar a sua sintomatologia.

Este estudo enquadra-se no Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e pretende dar contributos a um projeto interventivo direcionado para as mulheres com IU inscritas num ACES da Zona Norte de Portugal e tem como **pergunta de partida**: Quais as implicações da incontinência urinária na sexualidade da mulher?

Para responder de forma adequada à questão formulada, foram traçados os seguintes **objetivos**: perceber a sexualidade das mulheres; identificar os constrangimentos de ordem sexual das mulheres com IU; identificar as estratégias e os recursos mobilizados.

Este estudo tem como **finalidade**: Contribuir para a melhoria da qualidade de vida e dos cuidados de enfermagem no atendimento da mulher com IU.

Por todas as razões enumeradas e sendo esta uma problemática de difícil abordagem e considerado ainda “*tabu*” na sociedade atual, não devendo de todo dissociar a sexualidade da afetividade/responsabilidade, bem como da omissão/inquietação por parte da mulher/casal relativamente a esta problemática.

Esta dissertação é constituída por duas partes essenciais: a primeira relativa ao enquadramento conceptual e a segunda destinada à investigação empírica.

Relativamente enquadramento conceptual, parte I, são abordados a anatomofisiopatia do sistema urinário feminino, neurofisiologia da micção e assoalho pélvico feminino e, ainda, a fisiopatologia da incontinência urinária, os tipos de IU, factores de risco, diagnóstico e tratamento. Faz ainda referência na parte I à sexualidade da mulher, apresentando-se a fisiologia da função sexual e a sexualidade da mulher com IU e a intervenção do EESMO no cuidado à mulher com IU.

Na parte II, apresenta-se a investigação empírica com a justificação e objectivos do estudo, percurso metodológico onde é apresentada o tipo de estudo, caracterização do contexto de pesquisa, estratégia de recolha de dados, considerações éticas seguidas da apresentação e interpretação dos resultados com a respetiva discussão, finalizando com as conclusões e recomendações.

I - PARTE - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. ANATOMOFISIOLOGIA DO SISTEMA URINÁRIO FEMININO

Sabendo-se que a IU é resultante de alterações anatômicas e funcionais, pretende-se, nesta parte do trabalho, fazer uma breve abordagem da anatomia do sistema urinário feminino, da neurofisiologia da micção e das estruturas do pavimento do pélvico.

1.1 ANATOMIA DO SISTEMA URINÁRIO FEMININO

O sistema urinário é composto por um conjunto de órgãos responsáveis por regular o volume e a composição química do sangue, eliminar o excesso de água e resíduos do corpo humano, garantir a manutenção hidroeletrólítica, ajudar na regulação e produção de hemácias. Os vários órgãos que o constituem são: rins (2) que produzem a urina; ureteres (2) que transportam a urina para a bexiga, bexiga (1) que armazena a urina, uretra (1) órgão por onde a urina é eliminada para o exterior do corpo. (Silva, 2011)

O sangue chega ao rim pela artéria renal e esta tem várias ramificações no seu interior formando os glomérulos, existe o ramo ascendente e descendente que formam a medula do rim e os corpúsculos formam o córtex renal (Yoshimura, et al, 2014).

O sangue arterial é conduzido sob alta pressão nos capilares do glomérulo, essa pressão permite que o plasma seja filtrado. Depois de filtrado, ocorre a reabsorção do sódio, a remoção do cloro, perde quase toda a água e volta à veia renal. Ao longo deste processo, pode acontecer uma reabsorção ativa de aminoácidos, glicose e vitaminas. A urina produzida pelos néfrons passa para a pelve renal, ureteres e, posteriormente, para a bexiga. Da bexiga, a urina é eliminada para o meio externo através da uretra.

1.2 NEUROFISIOLOGIA DA MICÇÃO

Para que o sistema urinário funcione corretamente, a uretra e a bexiga devem atuar de forma coordenada. Para isso, é importante a atuação sincronizada dos sistemas nervoso central do sistema nervoso simpático, sistema nervoso parassimpático e sistema somático (Juc, Colombari & Sato, 2011).

Quando a bexiga está em repouso não está sujeita a nenhuma pressão, porém quando a urina se desloca do rim para a bexiga esta vai distender devido ao volume urinário gerando o estímulo para urinar.

O ciclo da micção é constituído por duas fases: o de enchimento e o de esvaziamento vesical (Juc, Colombari & Sato, 2011). A medula envia uma mensagem do córtex cerebral para a bexiga através do sistema nervoso autónomo (SNA), fazendo com que o sistema nervoso parassimpático (SNP) faça a contração do músculo detrusor, abra o esfíncter e relaxe o colo vesical. Estes estímulos são designados por excitatórios e inibitórios. Os excitatórios são dirigidos à uretra e à bexiga, os estímulos inibitórios são dirigidos ao corpo vesical, fazendo com que aconteça a contração do esfíncter da uretra e o relaxamento da bexiga para que haja ou não o ato miccional (Gomes & Hisano, 2010).

1.3 PAVIMENTO PÉLVICO FEMININO

Esta estrutura possui 13 músculos é conhecida por Musculatura do Pavimento Pélvico (MPP), localizam-se na região inferior do abdómen, nas paredes laterais dos ossos da bacia e dirigem-se para o cóccix, circundam a vagina e facilitam o funcionamento adequado da uretra e do reto. As estruturas do Pavimento Pélvico (PP) feminino funcionam como uma unidade, formada por músculos, ligamentos e a fásia. É a única musculatura transversal do corpo humano que suporta carga e tem diversas funções: suporte dos órgãos abdominais e pélvicos, manutenção da continência urinária e fecal, auxílio no aumento da pressão intra-abdominal, na respiração e na estabilização do tronco (Franceschet, Sacomori & Cardoso, 2009).

Os MPP têm como função fornecer suporte para as vísceras abdominais gerando um mecanismo constritor da uretra para o orifício anal e vagina, mantendo-os funcionantes. De entre os componentes de suporte do assoalho pélvico, destacam-se a fásia pélvica, o

diafragma pélvico e o diafragma urogenital. O principal componente do diafragma pélvico é o músculo elevador do ânus, que se divide em músculo coccígeo, ílio coccígeo, pubococcígeo e pubouretral. (Kruger, 2012)

O diafragma urogenital ou espaço perineal profundo é a segunda camada muscular externa sendo os músculos da camada superficial: o bulbo cavernoso (BC) que é constritor da vagina; o ísquio-cavernoso (IC) que auxilia na manutenção da ereção do pênis e do clitóris; o transverso superficial, transverso profundo e esfíncter anal externo. Estes músculos sendo músculos voluntários, podem aumentar a força conforme a vontade da pessoa e relaxar voluntariamente quando se deseja esvaziar a bexiga. Para além disso, sustentam o assoalho pélvico durante o aumento da pressão intra-abdominal, efeitos da gravidade, participam no mecanismo de continência urinária e fecal, na esfera sexual, promovem a ereção do pênis e clitóris bem como, a ejaculação e as contrações da vagina durante o orgasmo. Sempre que, estes músculos estão frágeis surge uma alteração da sensibilidade durante a relação sexual, sendo muitas vezes impeditivo de o casal atingir o orgasmo, podendo provocar alterações da sexualidade (Galhardo & Katayama, 2007).

Algumas alterações da MPP devem-se a acontecimentos da vida da mulher como a gravidez, o parto, a obesidade, menopausa e o envelhecimento. A MPP participa na função sexual e podem distender até ao máximo na passagem do feto aquando do nascimento (Oliveira, 2007).

A elasticidade vaginal, a fásia e os músculos tornaram-se o ponto central para explicar o mecanismo global de continência urinária. A perda de elasticidade vaginal não permite uma compressão adequada da uretra, prejudica a transmissão neurológica que coordena o funcionamento vesico-esfíncteriano e a bexiga não consegue manter-se estável durante o enchimento, surgindo assim instabilidade vesical (Forte, 2011). Este acontecimento faz com que os músculos vaginais fiquem mais frágeis e surja a IU.

2. FISIOPATOLOGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID – 10), a incontinência urinária é uma doença com o código (N39.3 ou N39.4) esta designação é utilizada pela Associação Portuguesa de Urologia e Ginecologia (Lopes & Higa, 2006).

De acordo com a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (ICN, 2008) a IU é a perda involuntária de pequenas quantidades de urina ou gotejamento que ocorre quando aumenta a pressão abdominal e habitualmente está associada ao espirro, riso, levantar pesos, saltar, correr e realizar exercício físico, entre outros.

A Incontinência Urinária (IU) é a perda involuntária de urina que provoca problemas sociais e higiénicos (Lopes, et al, 2007). Estima-se que existam, em Portugal, mais de 600.000 pessoas com IU. Esta patologia, tendencialmente, aumenta com a idade e atinge tanto o género masculino como o feminino, embora seja predominante na mulher. Constitui um importante problema, sendo assumido com maior destaque, principalmente, quando a população toma consciência das limitações e do impacto que esta patologia tem na vida das pessoas (Azevedo, 2004). Altera atividades sociais, familiares, profissionais, sexuais, diminui a qualidade de vida, gera isolamento social, *stress* emocional, associado ou não à sensação de inferioridade e depressão (Dellú, Zácaro, Schmitt & Ellu, 2008). É uma patologia angustiante, incapacitante, causa de morbidade, afeta a vida social, causa transtornos psicológicos, ocupacionais, domésticos, físicos e sexuais de 15 a 30% de mulheres em todas as idades. Para a Sociedade Internacional de Continência, a IU é a perda involuntária de urina, que determina um desconforto social ou higiénico, causando impacto social e económico na vida dos indivíduos, refletindo-se na sociedade em geral (Borba, Lelis & Brêtas, 2008). Botelho, Silva e Cruz (2007) designam a IU como a nova “epidemia” do século XXI interferindo na qualidade de vida e continua “sub-diagnosticada” e “sub-tratada”.

Menezes, Pinto, Silva, Castro e Medeiros referem que a perda de urina causa “(...) *constrangimento social, disfunção sexual e baixo desempenho profissional*” (...) podendo ser “*determinantes de isolamento social, estresse, depressão, sentimentos de vergonha, condições de incapacidade e baixa autoestima*” (2012, p.101).

Soma-se ainda que *“Tem implicações na má qualidade de vida da mulher no âmbito físico, sexual e psíquico. A mulher restringe ou diminui as suas atividades sociais e físicas, progredindo para alterações a nível emocional, incluindo a baixa autoestima, depressão, vergonha e isolamento”* (Ferreira & Santos, 2012, p. 4).

Um dos mitos associados à IU é de que é próprio da idade, os tratamentos não são eficazes a cirurgia é complicada e apresenta deficientes resultados. Este facto faz com que 56% das mulheres com IU não procurem ajuda de um profissional, 71% dos casos consideram o problema como algo normal e 9,7% destes acreditam que o mesmo, não tem solução (Silva & Lopes, 2009).

Catalán e Cordellat estudaram a IU em 154 adolescentes com idades entre os 13 e os 18 anos, revelando que: 94.2% das adolescentes tem IU ocasional e 27% já teve uma infeção urinária. *“La pérdida involuntaria de orina o incontinencia urinaria (IU) suele ser un hecho frecuente en la mujer de edad avanzada, en la edad adulta e incluso en la adolescencia”* (2012, p. 52)

Os idosos formam o grupo com maior vulnerabilidade à IU sendo que, está diretamente relacionada com a diminuição da complacência uretral ou ausência de contratilidade do detrusor. Para além disso, a idade tende a diminuir o suporte do colo vesical, o comprimento da uretra e a competência do assoalho pélvico (Rodrigues, Oliveira & Almeida, 2008). Para Mikel e Moore (2009) 50% das pessoas que residem em instituições de cuidados continuados tem IU.

Para além das alterações referidas, acresce ainda o facto dos custos que à IU estão associados, embora não existam estudos em Portugal que o demonstrem. Nos Estados Unidos, o custo anual direto da IU é mais de 19,5 milhões de dólares, com perda de produtividade total estimada em 553 milhões, destes 393 milhões são gastos por mulheres. Facto comprovado, também, por Dellu et al (2008); Oliveira e Oliveira (2010) referindo que as mulheres com IU têm elevados gastos com a patologia.

2.1 TIPOS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Botelho et al (2007) e Mascaranhas (2009) caracterizam a IU em três tipos. **Incontinência Urinária de Esforço (IUE)** a perda involuntária de urina como resposta ao esforço, tosse ou espirro; **Incontinência Urinária Urgência (IUU)** a perda de urina associada ou imediatamente precedida por urgência miccional e com hiperatividade do músculo detrusor e **Incontinência Urinária Mista (IUM)** a perda urinária por esforço associada à urgência urinária.

Thomazini (2011) define a IUE como a perda involuntária de urina devido ao aumento da pressão intra-abdominal ao tossir, rir, levantar-se, mudar de posição ou praticar exercício físico e/ou quando a pressão intravesical excede a pressão uretral máxima, com ausência de contração do detrusor. A Sociedade Internacional de Continência (ICS) refere relativamente à IUE que é um *sintoma* (queixa de perda involuntária de urina, em esforço ou exercício, ou provocada pela tosse ou espirro) ou pode ser um sinal (observação de perda involuntária de urina através da uretra, simultaneamente, com o esforço, ou pela tosse ou espirro). A incontinência de esforço urodinâmica (perda involuntária de urina durante um aumento de pressão abdominal - esforço, tosse, espirro) na ausência de atividade contrátil (Forte, 2011).

A IUU ou “imperiosidade” é a vontade forte e inadiável de urinar e, geralmente, está associada a polaquiúria e a nictúria (Botelho et al, 2007). Este tipo de incontinência pode resultar de infecções urinárias, tuberculose urogenital, tumores da bexiga, litíase da bexiga, lesão neurológica ou radioterapia (Gomes & Hisano, 2010).

2.2 FATORES DE RISCO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Da literatura consultada, não parece haver consenso sobre os vários fatores de risco da IU, no entanto, podem ser identificados alguns fatores que se repercutem negativamente não só na saúde física, como também na parte emocional e psicológica da mulher. Fatores como o género, idade, condições económicas e a quantidade de perda de urina podem influenciar a

qualidade de vida, implicando diferentes reações e comportamentos que, de alguma forma, vão alterar a vida dos utentes com IU (Rett, Simões, Herman, Guegel & Morais, 2007).

Alguns fatores de risco estão relacionados com a incontinência urinária, como idade, trauma do assoalho pélvico, fatores hereditários, raça, menopausa, obesidade, doenças crónicas, uso de alguns simpáticos-miméticos e parassimpáticos, constipação, tabagismo, consumo de caféina e exercícios intensos na região abdominal (Menezes et al, 2012, p.101).

O aparecimento da IU é o resultado da associação de múltiplos fatores, nomeadamente o envelhecimento, a etnia, a gravidez, parto vaginal, a menopausa, obesidade, para além de fatores genéticos. Ferederice, Amaral e Ferreira (2011) apontam a gravidez e o parto como fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios do PP nos quais está incluída como consequência a IU, especificamente o tempo prolongado de trabalho de parto e do período expulsivo, o uso de episiotomia e macrosomia fetal. Mikel e Moore (2009) consideram que a diabetes e a depressão, também, podem ser consideradas como fatores de risco. A mesma opinião é partilhada ainda por Higa, Lopes e Reis (2008) que, ao analisarem 38 artigos sobre os fatores de risco de IU, chegaram aos mesmos resultados.

No que concerne a **gravidez e parto**, estes acontecimentos implicam alterações significativas, nomeadamente o aumento de peso, relaxamento muscular do pavimento pélvico, bem como, alterações hormonais que favorecem o aparecimento da IU no pós-parto. O peso do feto provoca uma sobrecarga durante a gestação sobre o pavimento pélvico materno, existe aumento da pressão intra-abdominal, alterações no posicionamento da porção proximal da uretra (Rodrigues et al, 2008). Durante o trabalho **de parto**, as fibras do músculo elevador do ânus podem alongar-se cerca de metade do seu comprimento, para circundar a cabeça fetal. Esse músculo pode ficar lesado direta (decorrente da distensão do próprio músculo) ou indiretamente (traumatismo mecânico – parto instrumentado) durante o trabalho de parto, podendo sofrer lesão grave o que contribui para o aparecimento de IU (Barbosa, Carvalho, Martins, Calderon & Rudge, 2005).

Relativamente ao trauma pélvico durante um parto sem complicações, habitualmente pode provocar uma lesão reversível que normaliza durante o puerpério (6 semanas pós parto).

No que se refere ao **Excesso de Peso**, está descrito que este favorece o aparecimento da IU. A obesidade é considerada um importante fator de risco principalmente na IUE sendo que existe benefícios comprovados com perdas de 5 a 10% conforme é asservado por Teixeira, Nogueira e Mascarenhas (2014). Para além disso constitui um problema de saúde pública com programas de intervenção próprios elaborados e colocados em prática no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, parte integrante do Plano Estratégico de 2012/2016 (Ministério da Saúde, 2012).

A **Idade** é considerada o principal fator de risco da IU e afeta significativamente a vida das mulheres 43% entre os 35 e os 81 anos. A capacidade da bexiga com a idade diminui passando de 500 ou 600 ml para 250 a 300 ml, principalmente, após menopausa devido à baixa de estrogénio, doenças crónicas ou aumento do índice de massa corporal (IMC) (Higa, Lopes & Reis, 2008). O trato urinário inferior é rico em recetores de estrogênio, quando este está em défice no organismo, principalmente após a menopausa, aumenta o fluxo sanguíneo para melhorar a captação pela mucosa uretral e aumentar a pressão, promovendo a continência (Rodrigues et al, 2008).

Relativamente ao “**tabagismo**”, o mesmo autor refere que este provoca danos na sustentação uretral e vaginal pela presença de tosse crónica, alterações na síntese e qualidade do colagénio, nas contrações no músculo detrusor pela presença de nicotina e efeitos antiestrogénicos que diminuem a atividade dos recetores adrenérgicos no esfíncter uretral interno. O monóxido de carbono e a nicotina causam deficiência de estrogénio, sendo que as fumadoras poderão entrar na menopausa 1 a 1,5 anos antes das mulheres não fumadoras (Higa, Baena & Turato, 2008).

A **Obstipação** interfere no aparecimento da incontinência urinária devido à pressão que a empactação das fezes exerce sobre toda a estrutura pélvica, o esforço efetuado ao evacuar faz com que a musculatura fique mais laxa causando isquemia muscular (ibidem).

A identificação destes fatores de risco facilitou o desenvolvimento/progresso das técnicas de tratamento fisiátrico, cirúrgico e/ou farmacológico.

2.3 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Na avaliação da IU, é fundamental a história clínica para que a equipe de saúde identifique o tipo e a gravidade da incontinência pelos sintomas apresentados. Assim, é necessária a realização de uma anamnese completa em que sejam mencionados os antecedentes relevantes e o impacto da doença na qualidade de vida da mulher (Gomes & Hisano, 2010).

Uma observação cuidada é importante permitindo comprovar se a perda de urina inicia-se com a determinação objetiva e as condições das perdas (queixa, sintomas, duração dos sintomas, idade, antecedentes, patologias, fatores desencadeantes, fatores de risco, hábitos e estilos de vida). Feldner, Sartiri, Lima, Baracat e Girão, (2006); Silva e Oliveira (2011) referem que é importante e indispensável a avaliação funcional do PP, realizado através da palpação bidigital por via vaginal, e pela sensibilidade do examinador em perceber o padrão da contração utilizada pela utente, nomeadamente determinar a flacidez das paredes vaginais e a localização do colo uterino. Este exame é imprescindível para detetar eventuais anomalias anatómicas e permite avaliar a integridade neurológica do sistema urinário inferior, avaliar o tónus do esfíncter anal e sensibilidade genital. Serve, ainda, para fornecer dados quantitativos acerca da força e da resistência muscular apresentada pela utente durante a contração da musculatura do PP.

As contrações da musculatura abdominal permite aumentar a pressão intra-abdominal (PIA), comprime as vísceras e distribui a carga pelo pavimento pélvico. Quando existe aumento da PIA, é uma condição favorável para haver perda involuntária de urina. A maioria da atividade física não envolve a contração voluntária dos MPP a não ser que a utente tenha consciência de que a sua realização é extremamente importante. Desconhece-se, com profundidade, o funcionamento dos músculos do períneo durante o exercício físico. Certo é que, muitas atletas apresentam IU por possuírem uma musculatura perineal com pouca tonicidade. Korelo, Kosiba, Grecco e Matos (2011) referem no seu estudo que vinte e uma mulheres nulíparas sobre a influência do fortalecimento abdominal da função perineal, 30% destas realizavam atividade física e tinham perdas de urina, a incidência variava entre 28% a 51% em mulheres atletas, bailarinas e militares com média de idades entre os 20 e os 32 anos.

Conseqüentemente, pode-se inferir que o exercício físico intenso potencia a prevalência da IU em mulheres jovens e nulíparas, principalmente, em exercícios que envolvam trabalho intenso dos músculos abdominais, por exemplo, em ginastas. Na bibliografia consultada, o exercício físico não envolve contração voluntária do MPP, podendo mesmo causar deficiente funcionamento ou ausência de consciência e coordenação das estruturas do PP, levando a hipotrofia por desuso e acrescenta que as mulheres que realizam exercício físico não possuem músculos perineais mais fortes que as que não o praticam (Ibidem).

Montez (2008) refere que é importante avaliar os níveis de estrogénios para excluir outras doenças que apresentam a incontinência como sintomatologia, permitindo educar a mulher para realizar contrações vaginais de forma a fortalecer a musculatura. Este procedimento melhora o controle da perda urinária (Knorst, Lisot, Zollner, Barbosa & Resende, 2012).

Relativamente ao **“Tratamento Conservador”** é a primeira indicação de tratamento das IU (Forte, 2011). O primeiro pesquisador a estudar a IU foi Kegel no ano de 1948, dando relevância a este problema, prescrevendo exercícios específicos para o fortalecimento do assoalho pélvico. Este tipo de exercício, que tem o mesmo nome que o seu autor, consiste na identificação pelo paciente dos músculos responsáveis pela contração do esfíncter urinário e anal (Botelho, et al., 2007).

Para Castro, et al (2010, p.258) *“A reabilitação do assoalho pélvico foca o fortalecimento das estruturas componentes (músculos, nervos e tecido conjuntivo) para que todos trabalhem sinergicamente como um sistema.”*

Este tipo de exercícios de contração do PP consiste em três séries de 8-12 contrações de 6-8 segundos de duração, três a quatro vezes por semana, durante 15-20 semanas. Os exercícios MPP podem ser feitos por instrução verbal e são necessárias 3 fases: tomada de consciência da contração, o aumento de intensidade da contração e a integração da atividade destes músculos na vida quotidiana (Santos & Santos, 2010). Os exercícios podem ser realizados pela própria paciente ou com auxílio de um profissional de saúde especializado.

Os esquemas de reabilitação podem ser mais específicos e complexos com a utilização da estimulação elétrica. O *biofeedback*, assim designado, consiste na utilização de um computador e aparelhos conectados a sondas que informam o utente por meio de gráficos ou

sinais sonoros, identificando qual músculo ou grupos musculares que são utilizados em cada exercício. Este tratamento tem como objetivo a percepção da contração muscular e o fortalecimento das fibras musculares responsável pela contração sustentada, rápida e reflexa. O biofeedback é controlado pela paciente permitindo-lhe ter consciência da intensidade e da força da contração perineal realizada (Botelho, et al, 2007).

Para além destes exercícios, existem, ainda, um conjunto de comportamentos que o paciente deve ter em consideração para melhorar a sintomatologia e/ou desconforto: ajustar a ingestão de volume de líquidos, criar hábitos intestinais, frequência miccional e, nos casos que for necessário, realizar uma consulta de cessação tabágica e de perda de peso (Mikel & Moore, 2009).

Depois de realizado o diagnóstico, por vezes, poderá ser necessário um conjunto de exames para esclarecer o conjunto de queixas da doente. Há vários testes possíveis e, não raras vezes, são selecionados apenas os que forem relevantes para essa utente. De entre os exames possíveis surge o diário miccional, que consiste no registo da frequência e volume miccional, a ecografia com a bexiga cheia e avaliação do resíduo pós miccional. Poderá, ainda, ser importante realizar o “PadTest” (ou Teste dos pensos) que é um exame subsidiário frequentemente utilizado que avalia a gravidade da incontinência, consiste na medição do peso da urina nos pensos usados (Silva, Almeida, Aguiar, Neves & Teles, 2013).

Através do “Estudo Urodinâmico”, é possível identificar várias fases do ato de produzir, transportar, reter e excretar urina, revelando parâmetros como o volume de urina produzido, excretado ou retido, tempo de produção, capacidade volumétrica das vias urinárias, pressão de fluxo no interior das vias urinárias.

Segundo Branco, Paixão e Vicente, (2011) para que o diagnóstico seja possível é fundamental a realização anual de um exame pélvico, como descrito no relatório da Saúde Mundial, que refere que 70,4% das mulheres com mais de 18 anos realizaram exame pélvico pelo médico assistente, um valor significativo a nível preventivo da IU. Normalmente, o tratamento da IU da mulher é possível em todos os grupos etários e, na maioria das vezes, com elevada taxa de sucesso.

Relativamente ao tratamento farmacológico da IU, este visa obter um aumento da força de encerramento intrauretral através do aumento do tónus dos músculos liso e estriado

da uretra. Existem vários fármacos que podem conferir este efeito, porém o seu uso clínico é limitado pela baixa eficácia e/ou efeitos colaterais que provocam. Preferencialmente a melhor opção seria identificar e eliminar a causa subjacente à hiperatividade do detrusor. Como na maioria das vezes, isso não é possível e as medidas conservadoras são insuficientes, recorre-se ao tratamento farmacológico, sendo os fármacos de eleição os anticolinérgicos que reduzem as contracções não inibidas do músculo vesical em 50 a 80% dos casos (Dias, Parada & Vendeira, 2007) e os inibidores seletivo da recaptção de serotonina e norepinefrina, com propriedades antidepressivas, permitindo aumentar a qualidade de vida das mulheres que sofrem de IU, sobretudo, quando associado às técnicas de reeducação perineal (Forte, 2011).

Quanto ao **Tratamento Cirúrgico**, este, normalmente, só é realizado quando não exista uma evolução favorável aos tratamentos já referidos. A cirurgia pélvica restabelecerá a anatomia, permitindo o suporte da uretra mantendo assim a continência durante o aumento da PIA (Shaban, Drake & Hasgim, 2010). A intervenção cirúrgica mais utilizada é a técnica de Tension-Free Vaginal Tape (TVT), apresentando uma elevada eficácia, é de simples execução, a recuperação é rápida, geralmente, não surgem complicações, tem uma taxa de sucesso que ronda os 90%, a satisfação dos utentes é de 85% e em poucos dias a paciente pode voltar à sua atividade normal.

Em conclusão, destaca-se como muito relevante a obtenção de uma cuidada anamnese para identificar os sintomas urinários e posteriormente um exame físico cuidado que fornece uma base mais segura para as intervenções ajustadas e individualizadas a cada utente. (Souza, et al 2009). Teixeira, Nogueira e Mascarenhas (2014) referem que em alguns utentes a cura não é possível, surgindo a necessidade de utilizar dispositivos de proteção e de contenção e o recurso a pensos higiénicos e criando hábitos de vida saudáveis.

3. SEXUALIDADE NA MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Ao longo do percurso de vida, muitas são as pessoas que nunca se questionaram sobre a forma como vivenciam a sua sexualidade. A partir desta constatação, facilmente se reconhece que a sexualidade envolve várias dimensões incorporando aspetos importantes desde as vivências pessoais, emocionais, culturais, sociais e até políticas. A sexualidade é uma dimensão basilar do desenvolvimento humano (Mixão & Borges, 2006), é reconhecida como um aspeto importante da saúde dos indivíduos, e um pilar na qualidade de vida adquirindo características inerentes a cada fase (Lara, Silva, Romão & Junqueira, 2008).

Segundo a World Health Organization (WHO, 2011, p.21)

A sexualidade é um aspeto central do ser humano ao longo da vida e abrange sexo, género, identidade e papéis, orientação sexual, erotismo, intimidade e reprodução. É sentida e expressa em pensamento, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos.

Este processo inicia-se com o nascimento e implica envolvimento afetivo interpessoal com processo de aproximação, afetos, transmissão de sensações e conservação de vínculos. É uma forma de expressão natural ainda pouco valorizada nas práticas assistenciais em saúde (Trindade & Ferreira, 2008) é um tema de abordagem complexa, delicada e exigente (Silva, 2008).

A sexualidade continua a ser um assunto “*tabu*”, existindo dificuldades na forma como é abordada (Gabriel, 2013). Fomenta-se a ideia que a sexualidade encontra-se apenas ligada à genitalidade, todavia Fernandez, Gir e Hayashida referem que esta “*transcende a componente biológica, deixando de ser um simples instinto relacionado com a reprodução, constituindo-se em fonte de excitação e de prazer para a espécie humana*” (2005, p.134). Corroborando com esta ideia Vaz e Nodin (2005) referem que a sexualidade não se reduz a prática do ato sexual e da satisfação orgástica, mas envolve aspetos emocionais, sentimentos, carícias e palavras que acompanham o indivíduo ao longo do processo de envelhecimento.

É uma experiência humana que engloba prazer, identidade sexual, afetividade, intimidade e experiências físicas, socioculturais, emocionais e cognitivas (Ferreira, Souza, Ardisson & Kartz, 2007). Faz parte das prioridades das políticas de atendimento à mulher, no entanto, centra-se, muitas vezes, apenas no tratamento de um problema de saúde, não

abarcando toda a complexidade que a situação exige. A função sexual feminina é multifacetada, resultado de uma complexa interação entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais e relacionais (Neto, Valadares & Paiva, 2013), dando ênfase às formas de pensar, sentir, agir, amar e procura de prazer (Albuquerque, 2007).

Quando a sexualidade é vivida com satisfação e equilíbrio, favorece uma atitude positiva em relação a si e aos outros sendo um elemento fundamental na estrutura da pessoa e, por isso, merece uma atenção especial (Pechorro, Diniz & Vieira, 2009).

Para Pais (2008) a maioria das mulheres (62%), o sexo apenas tem sentido com amor, entre os homens não existe uma tal unanimidade. Não se trata de uma característica inata ou biológica, mas o produto de uma identidade feminina socialmente construída em torno do “*sensível*” e do “*afetuoso*”, à qual as próprias mulheres procurarão dar um sentido valorativo, uma vez que, a sociedade continua a desvalorizá-las noutros campos da vida social. Ressalta-se a feminilidade como uma expressão de comportamento relacionada com fraqueza, submissão, dependência, emoção, aproximando-se mais de comportamentos ditos como femininos.

A sexualidade humana é evidenciada pelo conhecimento científico, técnico e social a partir do início do século e é reconhecida a sua importância para a longevidade das relações afetivas como parte da saúde global e bem-estar do indivíduo (Lara et al, 2008).

3.1 FISILOGIA DA FUNÇÃO SEXUAL

A fisiologia da sexualidade é considerada como um processo despoletado por um estímulo, desencadeando respostas físicas, adequadas ou não, conforme as experiências anteriores tenham sido positivas ou negativas. Primeiramente, efetua-se de forma inconsciente e, posteriormente, de forma consciente (Abdo, 2012). Este estímulo não envolve apenas a região genital, mas todo o corpo.

Existem diversos modelos que formam a base da resposta sexual a partir dos anos 60, nomeadamente Masters & Johnson com base nas evidências de Freud, estabeleceu-se o paradigma clássico com a publicação da resposta sexual humana delineando-se quatro fases

da resposta sexual: excitação, plateau ou planalto, orgasmo e resolução (Masters e Johnson, 1966; Nobre, 2006; Morais, 2012).

Posteriormente, na década de 60 a psiquiatra Helen Singer Kaplan achou que antes da excitação existia o desejo e a fase de plateau não era justificável, reformulou esse ciclo com três fases: o desejo, a excitação e o orgasmo. Nascimento e Lopes (2010) reforçam esta ideia considerando que a resposta trifásica é a mais aceita e estudada.

Para Abdo (2012), o *desejo* está relacionado com atração, o querer o outro e a vontade do contato físico, pode iniciar-se através de estímulos internos ou externos, sendo mediado pelo sistema nervoso central, através do nervo autónomo. Pode surgir aumento do fluxo sanguíneo e um relaxamento de todo o corpo 10-30 segundo após início da excitação sexual. Os grandes lábios podem aumentar 2 a 3 vezes o seu tamanho, o tecido profundo da vagina começa a produzir um líquido claro produzido pelas glândulas parauretrais (Skene), facilitando a relação sexual bem como neutraliza o PH da vagina, contribuindo para a sobrevivência dos espermatozoides. A face, pescoço, tronco, mamas podem ficar com rubor, habitualmente os mamilos ficam eretos, sendo este um sinal precoce de excitação sexual (ibidem).

Relativamente à *excitação*, esta envolve as sensações de prazer sentidas e a preparação física para a relação sexual. A vagina alonga, surge vasodilatação do períneo, diminui diâmetro vaginal transversal e o útero fica com edema, possivelmente, devido à manobra de valsalva (Lucas, Oliveira & Monteiro, 2010).

O *orgasmo* é o pico da resposta sexual surgindo descargas de energias que proporcionam uma sensação de prazer intenso (Lucas, Oliveira & Monteiro, 2010). O orgasmo representa a terceira fase da resposta sexual e é regulada pelo sistema nervoso autónomo e sistema simpático. Fisiologicamente, o útero e esfíncter anal contraem ritmicamente, surgem espasmos que iniciam cerca de 2-4 segundos depois que a mulher sentir o orgasmo e em média em intervalos de 0,8 segundo num total de 3 a 15 em cada orgasmo. Inicialmente, são mais intensas com mioclonia generalizadas e gradualmente tornam-se mais fracas, o clítoris retrai para trás da sínfise púbica em 10-40 % das mulheres e podem ser expulsos pela vagina, fluídos ou secreções vindas das glândulas de Skene. É o auge do prazer sexual e é descrito como a liberação da tensão sexual (Abdo, 2012). A mulher experiencia

uma sensação de euforia e bem-estar com relaxamento mental e físico podendo variar de mulher para mulher e de um encontro para outro.

O desejo é influenciado pelas hormonas sexuais: substâncias produzidas nas gônadas, testosterona nos testículos (em indivíduos do género masculino) e progesterona e estrógeno nos ovários (em indivíduos do género feminino). Estas hormonas são essenciais para a resposta sexual feminina. O estrogénio interfere positivamente na resposta sexual, aumentando o fluxo sanguíneo cerebral e genital, contrariamente à paroxitina que funciona como um vasoconstritor inibindo a resposta sexual suprimindo a excitação e o orgasmo.

“ Nas mulheres as alterações fisiológicas da resposta genital forem acompanhadas de emoções negativas (culpa, vergonha, desconforto), o feedback também será negativo, inibindo a excitação subjetiva e o input excitatório da medula ” (Abdo, 2012, p.35).

Sempre que surgir uma inibição ou inexistência de algumas das fase, deve ser efetuado um diagnóstico pela possibilidade da mulher ter disfunções sexuais. Esta inibição do desejo poderá acontecer devido à diminuição da testosterona (hormona responsável pela libido), aumento da prolactina, tumores cerebrais, doenças agudas e/ou crónicas ou pelo uso de drogas (antidepressivos ou ansiolíticos). Relativamente à dispareunia, 60% das mulheres apresentam causa orgânica devido a vulvovaginites, infeções dermatológicas, útero retrovertido e cirurgia vaginal e/ou perineal (Nascimento & Lopes, 2010).

Para que a resposta sexual seja adequada, é necessário existir harmonia entre os fatores físicos, psíquicos, afetivos e emocionais. Para Mendonça, Silva, Arrudai, Garcia-Zapata e Amaral (2012) o ciclo de resposta sexual é influenciado negativamente por fatores psicológicos, nomeadamente pela ansiedade, baixa autoestima, distúrbios na percepção da imagem corporal, medo de rejeição, experiências sexuais traumáticas passadas, histórico de abuso e qualidade do relacionamento facto reiterado também por Nascimento e Lopes (2010).

Outros factores podem ainda ser valorizados, tais como, a depressão, fadiga a falta de sono, esclerose múltipla e insuficiência renal. Para além de todos estes factores, existe ainda uma bagagem cultural, religiosa e social que *“pode influenciar o desejo, e expectativas quanto ao desempenho sexual”* (Mendonça, Silva, Arrudai, Garcia-Zapata & Amaral, 2012, p.198).

As crenças e valores são consequência das experiências sociais, bem como a idealização que a pessoa faz da atividade sexual sendo esta definida como o interesse sexual ou “motivação para o sexo” dependendo de fatores emocionais e interpessoais.

3.2 A SEXUALIDADE E INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A sexualidade da mulher, embora continue a ser pouco valorizada, já se enquadra numa perspetiva mais afetiva, romanceada, não se limitando unicamente ao momento do coito, mas a todo o tipo de comportamento que demonstre afetividade (Mendes, 2012). O mesmo autor refere ainda que, cabe às mulheres distinguir as verdades pessoais sobre a sexualidade definindo-a a partir do seu interior, considerando-se sujeito sexual e não objeto sexual (Ibidem).

Na atualidade, a vida sexual das mulheres tem sido palco de mudanças significativas tanto no valor, atitudes e comportamentos reconhece-se que existiu uma forte influência da sociedade ocidental europeia que, pautada na ética e na moral do Cristianismo, concebeu o corpo e o sexo como lugar interditos (Trindade & Ferreira, 2008) Este facto é comprovado por Aboim quando refere *“as mudanças que se observam no campo sexual feminino não podem ser dissociadas de outras transformações que afetam a posição das mulheres na sociedade ao longo das últimas décadas”* (2010, p. 464).

Vilarinho (2010, p.3) asserva que *“(...) uma crescente liberalização nesta área (...)”* sendo que, existiram mudanças significativas relativamente *“(...) à idade de início da atividade sexual, por exemplo, ou ao número de parceiros ou ao direito à satisfação sexual feminina”*.

Assuntos relacionados com a sexualidade, até há pouco tempo, eram considerados tabus, limitados, silenciosos e até repreendidos no ambiente familiar. Sendo a família precursora de valores sociais através do diálogo e da procura de apoio profissional, esta abordagem deve ser conduzida de forma transparente. Embora se denote algum investimento, nesta matéria, esta continua a ser uma problemática pouco verbalizada no seio familiar.

A falta de conhecimento sobre a própria sexualidade, desinformação sobre a fisiologia da resposta sexual, problemas de ordem pessoal, como a ansiedade e depressão e, sobretudo, conflitos conjugais são capazes de desencadear sérios problemas emocionais nas mulheres e, conseqüentemente, alterar a sua resposta sexual (Pedrozo, Simone, Volkmer, Argollo & Pincegher, 2012, p. 63).

No entanto, a participação crescente das mulheres no mercado de trabalho, a tendência para aumentar o grau de literacia e, concomitantemente, as alterações no modelo familiar, abriu caminho para novas formas de relacionamento conjugal e familiar alterando trajetórias afetivas e conjugais. Sendo a sexualidade uma componente da afetividade e conjugalidade não pode ser entendida apenas pelo conhecimento da anatomofisiologia sexual, mas ter em consideração também os aspetos psicológicos e culturais de cada indivíduo. A sexualidade não deve ser reduzida apenas à prática do ato sexual, à satisfação orgástica, mas também a obtenção de prazer (Vaz & Nodim, 2005).

Etienne e Waitman (2006) referem relativamente aos aspetos biológicos da sexualidade que na mulher as disfunções sexuais são classificadas como: transtorno de desejo sexual hipotivo (ausência ou diminuição da libido), transtorno de excitação (excitação insuficiente ou inadequada), transtorno da disfunção orgásmica (retardo ou ausência de orgasmo após fase normal de excitação), anorgasmia (ausência total de orgasmo), dispareunia (dor recorrente ou persistente durante ou após o ato sexual) e vaginismo (espasmo involuntário dos músculos que circundam a vagina, impedindo qualquer penetração).

Vella e Cardozo (2005) referem a desestabilização no relacionamento sexual, nomeadamente a dispareunia pós-cirurgia, infeções urinárias devido ao uso de fraldas ou absorventes, perda de libido, depressão e perda de urina durante a relação sexual. Todavia não há uma coerência entre os estudos, dado que existem poucas evidências sobre a prevalência e o impacto da perda de urina durante a relação sexual (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005).

No que diz respeito à prevalência de disfunções sexuais, Ferreira et al, (2007) constataram que 36% das mulheres sexualmente ativas com idade entre 20 e 39 anos, atendidas em ambulatório e na consulta de Planeamento Familiar, referiram pelo menos uma disfunção sexual, evidenciando que a sexualidade feminina possui características próprias, bem diferenciadas da masculina, provavelmente pelo facto de só recentemente ter sido

desvinculada da procriação e ser considerada parte integrante dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Segundo Ferreira, Cabral, Vilar e Maia (2010) num estudo realizado em Portugal continental a 3507 pessoas entre os 18 e os 65 anos, sobre a sua atividade sexual, concluíram que, a frequência da atividade sexual desta amostra era, 47,6% da população referiram ter relações sexuais algumas vezes por semana e 7,4% diariamente ou quase diária.

Um estudo realizado por Lopes e Higa, (2006) mostra que a interferência da IU na vida sexual foi citada por 67 mulheres das 164 entrevistadas sendo que, a restrição da atividade sexual era causada pela perda de urina em 25.6% dos casos, 20.7% sentiam dor durante a relação, 4.9% não sentiam prazer ou, desejo sexual, 1.8% diminuiu ou evitava a atividade sexual, 1.2% necessitavam de interromper a relação para urinar e 1.2% sentiam vontade de urinar durante a relação sexual.

Relativamente ao impacto da IU na atividade sexual, Azevedo (2004) refere que muitas mulheres apresentavam dificuldades na relação sexual, seja por perda de urina, ou por medo de interromper a atividade sexual para urinar, ou simplesmente por vergonha perante o companheiro. Além disso, a IU pode desencadear lesões nos órgãos genitais, dor e mal-estar, interferindo com a reposta sexual.

Vilar (2010) revela que, relativamente a atividade sexual, os homens Portugueses sentem-se satisfeitos quer na frequência das relações sexuais quer na qualidade da mesma. As mulheres referem uma insatisfação sexual bastante marcada e que, frequentemente, não sentem prazer em ter relações sexuais. A insatisfação sexual não se traduz necessariamente na insatisfação relacional, contudo é expectável que esta assimetria possa vir a ter efeitos negativos na qualidade da relação conjugal e afetiva.

Sendo a sexualidade e IU assuntos do for íntimo é constrangedor falar sobre eles, sendo que, no estudo realizado por Viana, et al, (2012), as mulheres referem sentirem-se constrangidas e preocupadas em perder urina na presença do parceiro sexual. Para além disso, as mesmas referem um impacto negativo no dia à dia, nas relações sociais e na qualidade de vida. Ribeiro e Raimundo (2005) partilham da mesma opinião enfatizando preocupação e conformidade por parte das mulheres em terem diminuição da libido e falta de desejo em manterem relações sexuais. Mesmo que as consequências da perda urinária não sejam

consideradas graves, as mulheres incontinentes podem apresentar significativas repercussões psicológicas e/ou sociais. Demonstram sofrimento depositando alguma esperança na possibilidade de apresentarem melhorias após tratamento de fisioterapia do assoalho pélvico (Volkmer, Monticelli, Reibnitz, Brüggemann & Sperandio (2012).

Os contributos da equipa de saúde, especialmente o EESMO permitem influenciar positivamente a prática na identificação da patologia ginecológica especialmente da IU, na equipa multidisciplinar. Permitindo contribuir na aquisição de conhecimentos, na implementação de intervenções efetivas e individualizadas comportando programas e projetos de intervenção, aos diferentes níveis de prevenção, na área da saúde sexual e que respondam às necessidades reais deste grupo alvo.

4. CUIDAR DA MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

O Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstetrícia (EESMO) assume a responsabilidade durante o seu exercício profissional de intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, bem como na promoção da saúde e/ou nas fases de transição, que a mulher possa vivenciar durante as diferentes etapas do ciclo vital (Mendes, 2012).

A literatura utiliza o termo transição para descrever o processo de mudança nos estádios de desenvolvimento ou alterações em circunstâncias sociais ou de saúde, no entanto, o termo tem implícito o processo psicológico que envolve a adaptação à mudança face aos eventos perturbadores (Bridges, 2004).

Para Meleis (2010) o processo de transição pode ser despoletado por uma mudança no estado de saúde/doença seja no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades. Este processo requer que a pessoa assimile novos conhecimentos podendo mesmo ter que alterar comportamentos no seu contexto social para se ajustar à mudança.

A enfermagem, principalmente, a EESMO assume um papel ativo no desenvolvimento de intervenções com contributos congruentes com as experiências únicas dos utentes e da família. As suas intervenções devem dirigir-se para a promoção de respostas adequadas às necessidades facilitando tal desenvolvimento. Nesta perspetiva, nas práticas cuidativas deixa de existir, exclusivamente, o modelo biomédico a fim de serem desenvolvidas intervenções autónomas, tendo o EESMO um papel fundamental como agente facilitador do processo de transição.

Neste estudo, a IU é considerada um momento de transição, por isso, a pessoa tem necessidade de se adaptar às circunstâncias que daí possam surgir e essa adaptação vai depender da forma como é vivenciada esta fase de vida, desencadeando reações pessoais e individuais que vão ser diferente de pessoa para pessoa. Perante este acontecimento, é necessário que a utente se consciencialize de que tem uma patologia. Simultaneamente, deve desenvolver estratégias de adaptação pessoais, tendo a real perceção de que esta situação vai

interferir na sua vida pessoal, familiar e conjugal. Assim sendo, existem condições que podem facilitar e/ou dificultar o processo de transição interferindo nos objetivos de vida daí a necessidade e de compreender as alterações ocorridas e modificar comportamentos e hábitos de vida.

Neste sentido, compete ao EESMOG favorecer o processo de envolvimento na tomada de decisão, criar abertura suficiente para a atribuição de significados à situação vivenciada e ainda desenvolver interação na relação terapêutica. Deste modo, é função do EESMO fornecer informação sobre a patologia e ajudar a pessoa a desenvolver comportamentos favoráveis ao processo, identificando questões inibitórias e direcionando sempre as suas intervenções para questões enquadradas nas necessidades reais, de forma a responder adequadamente à pessoa inserida no seu contexto de vida (Meleis, 2007).

No exercício das suas competências, o enfermeiro afigura-se o profissional capaz de prestar assistência ao utente que dele necessita, dispondo de um corpo de conhecimentos especializados e capacidade de mobilização, com o objetivo de promover a saúde dos utentes. Neste contexto, o enfermeiro especialista tem uma perceção das reais necessidades dos utentes, permitindo-lhe desenvolver uma comunicação eficaz e eficiente estabelecendo uma relação interpessoal. Só desta forma é possível minimizar a ansiedade e promover uma melhoria na qualidade de vida dos utentes que procuram o seu apoio. Acresce, ainda, às suas funções especializadas e específicas desenvolver práticas assistenciais enquadrando-as na legislação em vigor e os direitos da mulher. A visão redutora dos cuidados com intervenções direcionadas apenas para o ciclo reprodutivo/puerperal estão ultrapassadas, e a aposta atual passa pela abordagem da saúde sexual e reprodutiva, encarando-o como ser sexual e integrando os aspetos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor (Ministério da Saúde, 2012).

Todavia, os estados emocionais podem ir longe de mais ou durar demasiado tempo, instalando-se medo, tristeza, preocupação, ansiedade, fobia, podendo conduzir a uma depressão. Estes estados emocionais podem induzir desespero ou fatalismo, a não procura do tratamento, abandono das fontes de apoio e perturbar a qualidade de vida das mulheres e dos que a rodeiam. Uma abordagem sensível por parte do enfermeiro especialista pode fazer a diferença, por isso, é importante demonstrar confiança, criar empatia para desenvolver uma

relação terapêutica que permitirá trabalhar em conjunto promovendo a saúde física e mental da mulher (Pontes, Leitão & Ramos, 2008).

Sendo a sexualidade e a IU do foro privado, devem ser abordados com algum cuidado e sutileza. Assim sendo, destaca-se a complexidade da abordagem desta problemática, em estudo, porque requer sensibilidade, pela natureza delicada que toca a esfera íntima de cada indivíduo e, pelas formas como se pode encontrar camuflada na esfera pública (Tereso, 2011). Tal conceito traz à superfície princípios inegociáveis que envolvem: igualdade, diversidade, autonomia, personalidade e integridade corporal, omissão ou discriminação (Progianti, Araújo & Mouta, 2008). Estes princípios têm como premissas orientar as ações dos profissionais de saúde, e em particular do enfermeiro, no sentido do respeito pelas mulheres como seres humanos dotados de emoção, discernimento e capacidade de decisão, tendo sempre em consideração a não invasão de privacidade.

Para Lopes e Higa (2006), o enfermeiro especialista tem o papel fundamental junto das mulheres com IU, principalmente, a nível da prevenção, no diagnóstico e na adequação do comportamento da mulher, evitando condutas como a restrição prolongada de líquidos e as micções pouco frequentes que, podem causar complicações e danos à sua saúde. É importante conhecer as experiências de transição para compreender de que forma é que o utente reorganizou e redefiniu as mudanças na sua vida.

Em suma, reconhecendo-se a IU como uma patologia, por si só já um acontecimento perturbador a abordagem pelo EESMO deve passar pelo reconhecimento dos sintomas até ao tratamento que comporta informações à paciente nas diferentes etapas de recuperação e tratamento. É igualmente importante que o enfermeiro permita que, progressivamente, a mulher seja capaz de abordar este assunto, sem tabus nem preconceitos. Deve, ainda, ser encorajada a verbalizar as suas preocupações, para que sejam identificadas com clareza o tipo de IU que a utente possui para serem planeadas as intervenções adequadas e individualizadas.

Para além do referido, é importante mostrar-se disponível, escutar ativamente a utente a fim de que esta veja na EESMO um parceiro de cuidados e possa expressar os seus sentimentos, medos, angústias e dúvidas sem qualquer tipo de constrangimentos. Deve, também, desenvolver competências fundamentais, nomeadamente ser capazes de responder satisfatoriamente às necessidades dos indivíduos e da comunidade, mediante uma eficiente

atuação profissional, individual, em equipa promovendo uma participação ativa e crítica. Ao nível relacional, deve desenvolver habilidade de relação com as utentes, as famílias e a equipa multidisciplinar, tendo sempre em consideração valores éticos e morais da prática, deve obedecer a práticas contextualizadas, considerando as potencialidades e limitações estruturais, funcionais e organizacionais dos contextos de cuidados de saúde (Santos, 2011).

Reconhecendo os utentes responsáveis pela sua própria saúde, cabe aos profissionais de enfermagem orientar, informar e exercitar a utente para gerir a sua saúde. Assim, poder-se-á dizer que o EESMO tem um papel de “formador” e “educador para a saúde” e sempre que é manifestada uma queixa de ordem sexual esta deve ser sempre valorizada. Embora na prática nem sempre aconteça, porque a maioria das utentes evita abordar estes problemas e, muitas vezes, são os profissionais de saúde que as questionam. Habitualmente, a abordagem é efetuada em consultas ao casal nas atividades de Planeamento Familiar ou consultas oportunistas à mulher. Cabe ao profissional sensibilizar/motivar o casal, para a importância de frequentar as consultas de planeamento familiar, promovendo uma participação ativa de ambos na tomada de decisão de forma a vivenciar uma sexualidade prazerosa.

II – PARTE - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Esta II Parte destina-se, sobretudo, à investigação empírica, apresentando-se o percurso metodológico onde se evidencia a justificação e objetivos do estudo, opções metodológicas, tipo de estudo, caracterização do contexto e estratégias de recolha de dados e respetivos procedimentos, as considerações éticas, terminando com a apresentação e interpretação dos resultados, conclusões e recomendações.

1. JUSTIFICAÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Nove anos a exercer funções em cuidados de saúde primários permitiu perceber a diversidade de necessidades de cada indivíduo inserido na sua família e comunidade. Este processo de “cuidar” teve como premissas o bem-estar físico, mental, familiar, social e espiritual aos três níveis de prevenção. Neste sentido, o EESMO é o profissional de saúde que desenvolve competências técnicas instrumentais, comunicacionais, relacionais, éticas e terapêuticas de forma a responder satisfatoriamente às necessidades dos utentes no contexto familiar / comunitário. Só identificando necessidades reais e potenciais dos utentes, elaborando diagnósticos ajustados poder-se-á delinear intervenções adequadas, nomeadamente no vasto leque de domínios dos cuidados de saúde primários e especificamente nesta área de especialidade.

Denota-se que as mulheres com IU enfrentam dificuldades em vivenciarem uma sexualidade prazerosa por vários motivos, nomeadamente pessoais, psicossociais, culturais, sociais e até por incapacidade de procurar ajuda. São permanentemente sujeitos a informação muitas vezes contraditória, mitos, representações assumidas como verdadeiras, reprodução de conceitos e preconceitos que vão passando de geração para geração. Apesar disto continuam sem respostas para os seus próprios desejos e necessidades sexuais (Garcia & Lisboa, 2012).

Neste sentido e, entendendo como Garcia e Lisboa:

Uma vida sexual prazerosa é um dos pilares da saúde sendo, portanto, um dos objetos de trabalho do enfermeiro, e sabedoras da escassez de bibliografia que fundamente uma prática

assistencial nesta temática, foi desenvolvida a consulta de enfermagem em sexualidade, em nível de atenção primária de saúde (2012, p. 710)

Constitui-se este o ponto de partida deste estudo; compreender as vivências e implicações da incontinência urinária na sexualidade da mulher.

Para aprofundar, compreender e conhecer este fenômeno social no processo vivencial das mulheres, optou-se por um estudo assente no paradigma qualitativo, por se achar que é o que melhor se enquadra a esta realidade, uma vez que é do foro íntimo, subjetivo e influência significativamente o quotidiano das mulheres (Viana, Volkmer & Pincegher, 2012).

A problemática escolhida intitula-se: **Implicações da Incontinência Urinária na sexualidade da Mulher**, parecendo ser, esta, a que responde às necessidades das mulheres, dos profissionais e da própria sociedade.

Esta constatação surge após a realização do Curso de Pós Licenciatura de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, denotando grande inquietação por verificar a inexistência desta abordagem ao nível das consultas de enfermagem. A sexualidade constitui um imperativo biológico e as formas de comportamento sexual são, culturalmente, determinadas existindo ainda a crença de que, com o avanço da idade, existe um declínio da sexualidade não lhe sendo prestada a devida atenção (Silva, 2013). A escassez de estudos nesta área conduziu à realização deste trabalho.

Assim, emerge a seguinte questão de partida: **Quais as implicações da IU na Sexualidade da mulher?**

Com o aprofundamento desta questão de partida, o presente estudo teve como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres com IU e melhoria dos cuidados de enfermagem no atendimento da mulher com IU. Para responder de forma adequada à questão formulada foram traçados os objetivos:

Objetivo Geral

- Perceber as implicações da Incontinência Urinária na Sexualidade da Mulher que frequentam a consulta de planeamento familiar numa USF da região Norte.

Objetivos Específicos

- Identificar as implicações da incontinência urinária na sexualidade da mulher;
- Identificar os constrangimentos das mulheres com Incontinência Urinária face à sexualidade;
- Identificar as estratégias utilizadas e os recursos mobilizados pelas mulheres com Incontinência Urinária face à sexualidade.

2. OPÇÕES METODOLÓGICAS

O desenvolvimento e utilização do conhecimento são fundamentais para a melhoria dos cuidados de enfermagem na assistência à pessoa. Na profissão de enfermagem é expectável que sejam adotadas práticas fundamentadas, baseadas nas evidências científicas, centradas na tomada de decisão, ações e interações com o utente (Polit, Beck & Hungler, 2004). As implicações e experiências são faladas na primeira pessoa fazendo com que, sejam obtidas respostas fidedignas e reais baseadas em significados pessoais e na interação das pessoas nos contextos. Desta forma são examinados fenómenos para obter respostas a questões que justifiquem serem investigadas, são validados conhecimentos já estabelecidos e produzidos novos que, poderão influenciar e justificar as intervenções realizadas (Fortin, 2009).

Pretende-se, assim, compreender fenómenos tal e qual eles são apresentados pelos intervenientes numa tentativa de desenvolver novas práticas de cuidar em enfermagem flexíveis, e que se constituem como marcos de referência social (Sampieri, Collado & Luci, 2006). As expressões são analisadas baseando-se na investigação científica de forma a conduzir e assegurar credibilidade nas práticas assistenciais em saúde melhorando assim os cuidados de enfermagem aos utentes.

2.1 TIPO DE ESTUDO

Atendendo à questão de investigação formulada e aos objetivos definidos optou-se por uma pesquisa qualitativa que apresenta como características: a flexibilidade, subjetividade enfatizada pelos participantes, interesse no processo e não no resultado, reconhecimento da influência da pesquisa e do contexto (Oliveira, 2009).

Assim e de acordo com Bento (2012, p.1) “*A investigação qualitativa foca um modelo fenomenológico no qual a realidade é enraizada nas percepções dos sujeitos; o objetivo é compreender e encontrar significados através de narrativas verbais (...)*” concentrando-se no todo da experiência humana e no sentido atribuído pelos indivíduos que vivem essa mesma experiência, permitindo uma compreensão mais ampla e um aprofundamento dos

comportamentos (Fortin, 2009), pretendendo-se, assim, conhecer as vivências humanas na primeira pessoa e na sua singularidade.

Este tipo de pesquisa tem como objetivo recolher o maior número de informação de forma a explorar os fenómenos em questão, conduzindo para instrumentos de colheita de dados que possibilitem aos informantes expressarem-se com liberdade, sem constrangimentos e de forma aberta sobre os assuntos relativos à problemática (Oliveira, 2009). Daí tratar-se de um estudo descritivo e exploratório porque, o investigador pretende caracterizar um fenómeno, descrevê-lo, interpretá-lo e analisá-lo e simultaneamente entender as implicações do problema tal como são descritas pelos participantes (Fortin, 2009).

Assim sendo, pretende-se compreender fenómenos tal e qual eles são apresentados pelos intervenientes numa tentativa de desenvolver novas práticas de cuidar em enfermagem (Sampieri, Collado & Luci, 2006).

2.2 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE PESQUISA

O contexto da pesquisa desenvolveu-se numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região norte, nomeadamente na consulta de Planeamento Familiar (PF). Sendo esta consulta um momento oportuno para desenvolver práticas assistenciais direcionadas para a saúde sexual e reprodutiva nomeadamente a nível da prevenção, diagnóstico e tratamento da IU. Nas USF os cuidados de enfermagem são prestados pelo enfermeiro de família que incitam à promoção da saúde da população da área geográfica promovendo bem-estar no utente/família/comunidade.

Sempre que não há possibilidade de resposta na USF é realizada a referenciação das mulheres através do LifeSciencesComputing (ALERT) para serem observadas por especialidade de ginecologia ou urologia relativamente à patologia IU. Se a referenciação for apenas para consulta de ginecologia o encaminhamento é efetuado para o hospital concelhio mas, caso necessitem de intervenção cirurgia devem ser referenciadas para o hospital distrital. No caso da especialidade de urologia a referenciação é efetuada apenas para o hospital distrital visto que no concelhio não existe este tipo de especialidade.

Um dos aspetos importantes de um estudo empírico é a escolha da população.

Fortin (2009) caracteriza a população como um conjunto de elementos que possuem as mesmas características. Driessnack, Sousa e Mendes (2007) reforça que a preocupação do investigador é desenvolver uma descrição rica e densa do fenómeno por isso seleciona propositadamente indivíduos ou grupos que o tenham vivenciado.

Tendo presente este pressuposto, a população deste estudo seria constituído por mulheres, inscritas numa Unidade de Saúde pertencente ao Agrupamento dos Centro de Saúde Cávado- Esposende (ACES) Cávado III e residentes no distrito, na faixa etária dos vinte e os cinquenta anos, com diagnóstico de IU e que realizaram consulta de planeamento familiar na sua equipa de saúde, no ano 2012. Atendendo a que não existia identificação das mulheres com IU, houve necessidade de se proceder à identificação de todas as mulheres nascidas entre 1964 e 1994 que realizaram consulta de planeamento familiar com a equipa de saúde, através do programa Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF, 2014). Posteriormente, realizaram-se contactos telefónicos, de forma aleatória, com vista à constituição das participantes procurando mulheres que cumprissem os seguintes critérios de inclusão :

- Ser mulher com idade compreendida entre os 20 e os 50 anos;
- Aceitar participar voluntariamente no estudo;
- Ter incontinência urinária à mais de 4 meses;
- Ter pelo menos uma consulta de Planeamento Familiar na equipa de saúde da sua área de residência;

Foram excluídas as mulheres com diagnóstico de IU há menos de 4 meses e as mulheres grávidas à data do estudo.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão passaram a integrar à amostra 17 mulheres. A idade média das participantes do estudo é de 38 anos de idade, sendo que quatro mulheres encontravam-se na faixa etária dos 20/30 anos, quatro entre os 30/40 anos e as restantes nove mulheres encontravam-se na faixa etária dos 40 e os 50 anos, residentes em meio rural.

Relativamente às habilitações literárias oito mulheres terminaram o 6º ano de escolaridade, seis o 9ºano, duas concluíram o 12º ano e uma é licenciada.

Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC) cinco das participantes apresentavam um IMC inferior a 25 e as restantes doze apresentavam valores superiores a 30 pelo que, e segundo as tabelas de IMC (OMS) considera-se excesso de peso.

Relativamente à realização de exercício físico doze respondentes não realizam exercício físico e cinco realizam com alguma periodicidade.

Para melhor compreensão, os dados de caracterização encontram-se referenciados no [Quadro 1]

Quadro 1 – Caracterização das Participantes do Estudo

Participantes	Idade	Habilitações. Literárias	Residência	Índice de massa corporal	Exercício físico
E1	43	6ºano	Rural	27,3	Sim
E2	41	9ºano	Rural	27,3	Sim
E3	38	9ºano	Rural	23,3	Sim
E4	29	9ºano	Rural	24,2	Sim
E5	41	6ºano	Rural	32,8	Não
E6	45	12ºano	Rural	25,5	Não
E7	26	6ºano	Rural	36,8	Não
E8	29	9ºano	Rural	27,6	Não
E9	34	9ºano	Rural	23,7	Não
E10	35	Licenciada	Rural	20,4	Não
E11	34	6ºano	Rural	39,0	Não
E12	49	12ºano	Rural	36	Não
E13	44	6ºano	Rural	17	Não
E14	44	6ºano	Rural	25,8	Não
E15	45	9ºano	Rural	29,2	Sim
E16	45	6ºano	Rural	35,7	Não
E17	25	6ºano	Rural	26	Não

Fonte: Dados recolhidos através das entrevistas

Sobre a caracterização da História Obstétrica e Ginecológica das participantes [Quadro 2] e relativamente à paridade pode-se verificar que todas as parturientes tiveram as suas gravidezes de termo, sendo que uma mulher teve um filho, dez mulheres tiveram dois filhos, cinco tiveram três filhos e uma mulher teve cinco filhos.

No que diz respeito ao tipo de parto, doze participantes tiveram partos eutócicos, três tiveram parto por cesariana, uma participante teve dois partos por cesariana e um por parto eutócico e outra participante teve um parto eutócico e um por cesariana.

Relativamente à situação ou acontecimento de vida que marcou o início da IU nove das participantes referem o parto como momento desencadeante da patologia, duas referem a gravidez e seis delas não associaram a nenhum momento. Duas participantes referem o aparecimento da IU há menos de um ano, nove entre um ano e cinco anos, cinco participantes referem que possuem a patologia há mais de cinco anos e uma não sabe especificar o início do aparecimento da IU.

Quanto ao tipo de IU dez das participantes caracterizam as perdas como sendo IUE, seis de IUU e uma participante apresentou IUM. Apenas uma mulher tinha recorrido a tratamento medicamentoso referindo que não existiu qualquer evolução favorável na sintomatologia.

Quadro 2- História Obstétrica e Ginecológica das participantes no Estudo

Participantes	Gesta	Paridade	Tipo de Parto	Situação desencadeante	Início da IU	Tipo de IU	Tratamento da IU
E1	5	5	Eutócico	Parto	6 meses	IUU	Não
E2	3	3	Eutócico	Parto	4 anos	IUE	Sim
E3	2	2	Eutócico	Parto	3,5 anos	IUE	Não
E4	3	3	Eutócico	Parto	8 meses	IUE	Não
E5	2	2	Eutócico	-	1 ano	IUE	Não
E6	3	1	1 Eutócico 2 Cesariana	Parto	20 anos	IUM	Não
E7	2	0	Cesariana	Gravidez	4 anos	IUU	Não
E8	2	2	Eutócico	Parto	-	IUE	Não
E9	3	3	Eutócico	Parto	11 anos	IUE	Não
E10	3	0	Cesariana	Gravidez	2 anos	IUU	Não
E11	1	1	Eutócico	-	2 anos	IUU	Não
E12	2	2	Eutócico	-	5 anos	IUU	Não
E13	2	2	Eutócico	-	13 anos	IUE	Não
E14	2	0	Cesariana	-	16 anos	IUU	Não
E15	2	2	Eutócico	Parto	7 anos	IUE	Não
E16	2	1	1. Eutócico 1. Cesariana	-	1 ano	IUE	Não
E17	2	2	Eutócico	Parto	5 anos	IUE	Não

Fonte: Dados referentes à história obstétrica e tipo de IU retirados das entrevistas

Legenda: IUE – Incontinência Urinária de Esforço (IUE); Incontinência Urinária de Urgência (IUU); Incontinência Urinária Mista (IUM).

2.3 *ESTRATÉGIA DE RECOLHA DE DADOS*

De acordo com os objectivos e finalidade do estudo optou-se por utilizar a entrevista individual como instrumento de recolha de dados. A escolha prende-se com tipo de problemática em estudo “sexualidade”, permitindo às participantes expressarem-se com liberdade e sem constrangimentos por ser um assunto de forte intimidade. Assim, houve necessidade de desenvolver uma relação de empatia com as participantes para que, a entrevista fluísse naturalmente.

A entrevista pela sua subjetividade, espontaneidade e narração através do discurso falado pareceu ser a mais consentânea com Bardin (2008, p. 89) que “*o seu sistema de pensamento, os seus processos cognitivos, os seus sistemas de valores e de representações, as suas emoções, a sua afetividade e afloração do seu inconsciente*” permitiu uma aproximação entre o entrevistador/entrevistado.

Deste modo optou-se pela *entrevista semi estruturada* recorrendo a tópicos através do guião, previamente elaborado (Apêndice I).

Foram realizadas três entrevistas de pré-teste a mulheres que não pertenciam à amostra seleccionada. Após análise do pré-teste este foi clarificado em alguns pontos a fim de se obter informações mais precisas e objetivas, pelo que, foi realizado as respetivas alterações ao guião da entrevista.

Para o **procedimento de recolha de dados** foi estabelecido um contato prévio com cada inquirida para que fosse seleccionado o local, hora e disponibilidade para a realização da entrevista. Maioritariamente as entrevistas foram realizadas na unidade de saúde por solicitação da utente.

A entrevista iniciou-se com apresentação do entrevistador, sendo-lhe explicado o objetivo do estudo, e a importância de sua participação mantendo uma relação empática, de confiança e escuta ativa, tendo o cuidado de enquadrar as perguntas mais íntimas e evitando perguntas indutoras.

Durante a entrevista houve necessidade de retirar algumas notas para posteriormente as entrevistas serem convertidas em formato digital. As entrevistas decorreram durante o mês de janeiro a fevereiro de 2014 e tiveram a duração média de 30 a 45 minutos. Terminada a entrevista foi elaborada a respetiva transcrição, seguida uma leitura impressionista da totalidade do conteúdo o que permitiu, uma melhor compreensão do fenómeno e uma pré-análise do conteúdo.

A pré-análise consiste em estabelecer contato com os documentos em análise. Se as diferentes operações da pré-análise forem convenientemente concluídas, a fase da análise propriamente dita não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas (Bardin, 2008).

Mozzato e Grzybovski (2011) e (Flick, 2009) referem que no início da análise de conteúdo os dados em si constituem apenas informação em bruto, que só farão sentido se forem trabalhados mediante a aplicação de uma técnica conducente à interpretação dos resultados mais ou menos refinadas.

Para Bardin (2008, p.37) *“A descrição analítica funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.”*, embora não se limite apenas ao seu conteúdo. Trata-se da análise do conteúdo das mensagens *“significados”* (o significado verdadeiro) mas também poderá ser uma análise dos *“significantes”* (significado que a entrevistada lhe atribui).

As categorias são os elementos chave do código do analista (...) *“ a classificação, a categorização, é uma tarefa que realizamos quotidianamente com vista a reduzir a complexidade do meio ambiente, estabilizá-lo, identifica-lo, ordena-lo ou atribuir-lhe sentido”*(Silva & Pinto, 2014, p.110).

A codificação é *“uma operação de sentido das transcrições (...) pode ser uma palavra, como um grupo de palavras, uma frase ou um grupo de frases. Ela designa por vezes uma ideia e esta será codificada.”* Fortin (2009, p. 308) Quando existe ambiguidade na referenciação dos sentidos dos elementos codificados, é necessário definir as unidades do contexto superiores á unidade de codificação.

A etapa que se segue é a atribuição de áreas temáticas, categorias, sub-categorias e unidades de análise.

Relativamente aos procedimentos, foram respeitados integralmente. A “*autorização do cumprimento dos princípios éticos do consentimento informado*” e as entrevistadas foram identificadas apenas com código a que só o investigador teve acesso.

Foram atribuídas códigos (letras) às participantes de forma a manter o anonimato, foi ainda, mantida a confidencialidade dos dados não só das utentes como da equipa e da unidade de saúde onde se desenvolveu o estudo, após obtenção prévia do consentimento informado a todas as participantes no estudo. (Apêndice II).

O trabalho de campo só teve início após ter sido avaliado, e quando devidamente autorizado pelos órgãos competentes nomeadamente pela Comissão Nacional de Proteção de Dados, Comissão de Ética da ARS Norte, Diretor Executivo do ACES Cávado III onde se desenvolve o estudo. (Anexo I)

Os recursos necessários para a realização deste estudo foram da inteira responsabilidade do investigador.

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Independentemente do tipo de estudo de investigação a ética é um princípio fundamental que deve ser corretamente estruturado de modo assegurar aos participantes todos os critérios de anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, assim como o direito a um tratamento justo e equitativo não apenas no momento da colheita de dados mas ao longo do processo investigativo (Fortin, 2009).

O participante tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação no estudo. Para além da tomada de decisão de autorizar a entrevista, de decidir se quer ou não participar sem coação, deve ser ainda assegurado o direito a negar-se livremente mesmo que seja no decurso da entrevista.

As normas ético-legais exigem que qualquer estudo que envolva seres humanos constitui por si só uma forma de intrusão na vida pessoal dos sujeitos sendo que a pessoa é livre de decidir sobre a informação a fornecer ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas. O investigador tem o dever de manter o anonimato, a confidencialidade e os resultados da investigação não podendo de forma alguma identificar os participantes (Nunes, 2013).

Assim sendo, as mulheres que aceitaram participar no estudo foram informadas de que a qualquer momento poderiam abandonar o estudo e que as informações obtidas seriam apenas utilizadas para o fim a que se destinavam. No momento da realização da entrevista houve um compromisso em manter a confidencialidade da informação bem como a identidade protegida das envolvidas, garantindo o anonimato e o respeito da sua privacidade, sendo que, todas as participantes foram respeitosamente tratadas (Amorim, 2007).

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a recolha de dados, surge a necessidade de partir para o processo de análise de conteúdo. Fortin (2009) define a análise, como um método que permite visualizar, clarificar, descrever e interpretar os dados recolhidos junto das participantes. É a descrição objetiva e sistemática do conteúdo das mensagens, fazendo inferências válidas e replicáveis dos dados (Guerra, 2012).

Assim, após a transcrição integral dos discursos proferidos pelas mulheres, nas entrevistas realizadas, foi necessário reler, cuidadosamente, todo o material transcrito. Posteriormente, procedeu-se à codificação de acordo com a abordagem teórica realizada anteriormente com as contribuições da pesquisa atual, procurando-se áreas temáticas conceitualmente significativas e estabelecendo categorias e subcategorias. As categorias devem ser sujeitas a um teste de validade interna por isso o investigador deve coloca-las apenas numa só categoria. As categorias são fragmentos das comunicações que, para serem validadas, devem obedecer a determinados critérios, nomeadamente: homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade para o estudo (Bardin, 2008).

Neste capítulo, apresentam-se os resultados extraídos da análise de conteúdo dos discursos proferidos pelas dezassete mulheres participantes, identificando três Áreas Temáticas que se passam a enumerar:

- Implicações da Incontinência Urinária na sexualidade da mulher;
- Constrangimentos referidos pelas mulheres com Incontinência Urinária;
- Estratégias mobilizadas pelas mulheres com Incontinência Urinária.

Relativamente às Implicações da IU na sexualidade das mulheres participantes, identificam-se duas categorias: a **dimensão física** e a **dimensão emocional**. Na **dimensão**

física, emergem 5 subcategorias, nomeadamente: *diminuição da libido; diminuição do prazer; dispareunia; diminuição da sensibilidade vaginal; maior sensibilidade ao toque*. Na **dimensão emocional**, surgem quatro subcategorias: *medo de perder urina no ato sexual, desinteresse, vergonha e submissão na relação*, conforme é apresentado [Quadro 3].

Quadro 3- Área Temática – Implicações da IU na sexualidade da mulher

Categoria	Subcategoria
Dimensão Física	Diminuição da libido
	Diminuição do prazer
	Dispareunia
	Diminuição da sensibilidade vaginal
	Maior sensibilidade ao toque
Dimensão Emocional	Medo de perder urina no ato sexual
	Desinteresse
	Vergonha
	Submissão na relação

No que respeita à **dimensão física**, os discursos encontrados centram-se em torno das alterações físicas provocadas ao nível fisiológico durante o ato sexual. Os achados revelam disfunções sexuais, tais como, diminuição da libido, diminuição do prazer e a dispareunia, tal como se pode constatar:

Cinco participantes relatam **diminuição da libido**:

“Dantes a minha sexualidade era normal, agora, desde que tenho IU é pior. Caso eu atinja um orgasmo ainda fico pior, sei que fico pior e, por isso, tenho falta de apetite sexual”.

E15

A diminuição da libido é uma das disfunções sexuais e diz respeito à ausência de vontade para o envolvimento sexual (Nobre, 2006). Viana et al. (2012) refere que esta disfunção é o transtorno da função sexual mais frequente.

Quatro participantes referem **diminuição do prazer**:

“Agora tenho menos vontade que anteriormente, dantes tinha mais vezes. Caso o meu marido me “procurar” as coisas até acabam por acontecer e sinto prazer”.E5

“Antigamente gostava, sentia orgasmos e prazer agora não é diferente”. E16

Os fragmentos dos discursos expressam diminuição do prazer, entendendo-se prazer como a sensação de bem-estar após uma relação sexual satisfatória. Parecem denotar o desinteresse das participantes em procurar o companheiro e que vão ao encontro dos resultados encontrados por Trindade e Ferreira (2008), referindo que, não raramente, a diminuição do prazer acontece devido à falta de interesse em procurar estímulos sexuais.

Quatro participantes manifestaram **dispareunia**:

“ sinto dores na bexiga ao ter relações parece que tenho sempre vontade de fazer xixi”. E11

“Antes não me importava de “fazer” [acto sexual] muitas vezes agora já não é igual. Agora não tenho muita vontade, às vezes dói-me um bocado”. E16

A **dispareunia** constitui, também, uma disfunção sexual e poderá persistir durante e após o ato sexual, desencadeando mal-estar e desconforto. Os achados, demonstrados nos dois excertos supramencionados, vão de encontro a razões para a desestabilização no relacionamento sexual, apontadas por Vella e Cardozo (2005).

Em suma, os achados encontrados e enquadrados nas disfunções sexuais atrás referidas, parecem ser concordantes com Ferreira et al (2007) quando constataram, no seu estudo, que a prevalência de disfunções sexuais é de 36% sendo que, estas são manifestadas pelo facto de só recentemente a sexualidade ter sido desvinculada da procriação e considerada como parte integrante dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Também Lopes e Higa (2006) constataram que 25.6% das mulheres referem que a IU interfere na sexualidade, 20.7% sentiam dor durante a relação, 4.9% não sentiam prazer ou o desejo sexual, 1.8% diminuiu ou

,ainda, evitava a atividade sexual. A disfunção sexual pode manifestar-se através da perda da satisfação e, gradualmente, também do desejo sexual como citado por Senra (2012). Habitualmente, este transtorno feminino tem alta incidência, em qualquer faixa etária, ficando subdiagnosticado devido à inibição em abordar o assunto por parte das mulheres ora, porque os profissionais de saúde ficam constrangidos quando abordam ora, ainda, devido a algum desconhecimento relativo à resposta sexual humana (Lara et al, 2008).

Uma participante refere **diminuição da sensibilidade** vaginal como se pode verificar no seguinte excerto:

“(...) estar a ter relações sexuais e não conseguir sentir os músculos vaginais. Não tenho sensibilidade(...) não sinto o meu marido em determinadas posições. (...) basicamente a grande diferença é a nível da sensibilidade vaginal”. E17

Relativamente à **diminuição da sensibilidade vaginal**, sabe-se que os estrogénios melhoram a integridade da mucosa vaginal, conseqüentemente, aumenta a sua sensibilidade, favorecendo a vasodilatação e libertação de secreções vaginais permitindo um aumento da excitação (Thiel, et al, 2008). Sempre que o descrito não acontece surge essa condição como influência marcante na atividade sexual. Esta diminuição da sensibilidade vaginal também pode estar relacionada com a episiotomia realizada durante o parto. Este procedimento interfere na sensibilidade vaginal, embora nenhuma das participantes o tenha referido. Forte (2011) descreve a perda da elasticidade vaginal como uma alteração do funcionamento vesico-esfincteriano favorecendo o surgimento da IU.

Por fim, duas participantes referem **maior sensibilidade ao toque**:

“Se o meu marido me toca dá-me logo vontade de urinar. Quando estou com o meu marido sinto logo vontade de urinar (...) até lhe digo para ele se despachar que eu estou aflitinha (...)” E12

“Quando ele [marido] me toca eu tento evitar, para não ter vontade de urinar”. E15

Perante estes excertos o facto de a mulher apresentar maior sensibilidade ao toque na presença de IU, pode funcionar como um obstáculo ao envolvimento sexual, sendo o toque o

momento que desencadeia desagrado e desconforto. Para Freire (2012), a justificação recai sobre as perturbações físicas e emocionais decorrentes da IU que promovem o evitamento do contacto íntimo do companheiro.

Na segunda categoria, **dimensão emocional**, emergem como subcategorias o *medo de perder urina no ato sexual, o desinteresse, vergonha e submissão na relação*.

Silva et al (2013) classificam a sexualidade como uma das dimensões mais afetadas pela IU, sendo o impacto emocional de 5,9 em cada 10 mulheres estudadas. Este impacto emocional está relacionado com o *stress* emocional, desencadeando contenção/apatia no momento de responder a estímulos do companheiro.

De acordo com o atrás referido, encontra-se duas participantes que referem **medo de perder urina no ato sexual**:

“Nunca notei que perdesse urina durante o ato, tenho de parar, porque tenho medo de perder, mesmo tendo urinado antes de ir para a cama”. E9

“Tenho a sensação que logo que começo tenho vontade de ir á casa de banho e fico com medo de perder urina”. E16

Acrescenta-se, ainda, que duas participantes referem **desinteresse** na atividades sexual desde que tem IU:

“Quero dizer urino pouca quantidade e, passado uma hora, já estou outra vez com vontade de urinar. Evito ter relações por causa do desconforto que sinto durante e depois da relação sexual”. E15

A inquietação das participantes parece ser evidente como se pode constatar nos seus dizeres, parecendo, ainda, que estas apresentam desinteresse ou fuga aos momentos de intimidade com o parceiro, pelo receio e pela falta de confiança em si próprias. Factos, estes, que contribuem para que a mulher se sinta desconfortável no seio da relação e tenha necessidades de evitamento da sua relação sexual (Silva, 2008).

A **vergonha** é referida por quatro participantes através da confrontação da situação de IU:

“O meu marido quando acontece e ele diz [então já estás velha ou não te sentes] isso incomoda-me um pouco, fica-se envergonhada”. E5

“Apesar de fazer os exercícios de apertar a vagina e de parar a meio quando estou a urinar ainda continua a perder. Fico com vergonha”. E9

Essa condição é um obstáculo ao envolvimento sexual fazendo com que as participantes neste estudo refiram a **vergonha** como um entrave a atividade sexual. Abdo (2012) refere que a resposta genital quando acompanhada de emoções negativas como culpa, vergonha e desconforto à resposta sexual, também será negativa, inibindo a excitação subjetiva e o *input* excitatório da medula. Caso esta situação não seja revertida provavelmente para além do medo, tristeza, preocupação, ansiedade e fobia poderá eventualmente surgir uma depressão.

Para além do citado, é importante referir que a **submissão na relação** ou liderança no casamento são outro dos factores predisponentes para não existirem descargas de energias que proporcionam a sensação de prazer como descreve a seguir a participante.

“ Há um ano a esta parte que não tenho tanta vontade em ter relações (...) se ele insistir um pouco até corre tudo bem, mas eu não procuro nunca o meu marido. Se eu disser que não quero ele respeita, mas também não podemos dizer sempre que não...” E1

Gonçalves e Merighi (2009) asseveram a **submissão na relação** referindo que as mulheres sentem-se pressionadas em se expressarem sexualmente nos encontros afetivos oferecendo prazer ao parceiro sem esperarem reciprocidade. A submissão evita conflitos conjugais, favorece o afastamento do casal, prejudica a intimidade, surgindo insegurança na vivência da intimidade conjugal (Fernandes, 2009).

A **segunda área temática** diz respeito aos **constrangimentos** referidos pelas mulheres com Incontinência Urinária. Assim, emergem desta área temática três categorias: *desconforto*,

tristeza e evitamento das interações sociais. Na primeira categoria, emergem três subcategorias: *o odor a urina e sentir-se húmida.* [Quadro 4]

Quadro 4- Área temática - Constrangimentos referidos pela mulher com Incontinência Urinária

Categoria	Subcategoria
Desconforto	Odor a Urina
	Humidade
Tristeza	
Evitamento das interações sociais	

No discurso de sete participantes, evidenciou-se o desconforto associado à perda de urina causando mau **odor e humidade** facto que provoca, indubitavelmente, mau estar, como se pode constatar:

“Sinto-me incomodada pelo cheiro e por ficar molhada. Não é nada confortável estar húmida”. E6

“(…) Às vezes fico húmida e tenho que mudar de roupa para não cheirar e me sentir melhor. (…) já pensei em colocar um penso higiénico daqueles pequeninos para me sentir mais protegida. Eu tenho colegas que já usam. E16

Para além disso, cinco das participantes referem como constrangedor o facto de se sentir húmida provocada pela IU conforme é verificado nos seguintes excertos:

“É muito desconfortável estar muitas vezes molhada”. E12

“(…) nunca estás à vontade contigo mesma, e ainda ter que trocar a roupa para não ficar molhada. Fica-se desconfortável”. E17

Estes achados vão de encontro ao referido por Menezes et al (2012), quando referem que o odor a urina e a humidade são desconfortos marcantes, deixando a mulher menos atraente por se sentir suja e mal cheirosa. Silva (2008) acrescenta que a mulher com IU está

sujeita a uma exposição constante à urina existindo um risco elevado de apresentar alterações da integridade cutânea.

Denota-se uma vulnerabilidade emocional ao problema identificado que se manifesta com sentimentos de medo, e humilhação, principalmente, na presença de pessoas e que vivem constantemente sobressaltadas pela necessidade de se proteger. Tal constatação pode ser corroborada por Higa (2010), referindo que existe uma tentativa constante de proteção por parte da mulher, sentindo-se impotentes para controlar as funções corporais. Também, Abdo (2012) refere que as alterações fisiológicas da resposta genital são acompanhadas de emoções negativas como culpa e desconforto.

Assim, a expressão de sentimentos como a **tristeza** é frequente e constitui-se como uma resposta adaptativa ou negativa após surgir a IU. Contudo, a incerteza do acontecimento pode resultar em frustração, tristeza, raiva, isolamento social e depressão (Senra, 2012).

Duas mulheres referem sentir **tristeza** como é demonstrado pelas participantes:

“ Pode acontecer a qualquer hora do dia desde que tenha tosse independente de ter a bexiga cheia ou não. Mas quando acontece fico (...) como vou dizer (...) triste ou desiludida ”.
E16

“O meu marido já sabe. Ele nunca viu, mas eu sentia-me constrangida e triste ”. E11

No que respeita à categoria **evitamento das interações sociais** estas surgem habitualmente por medo em ser humilhada em público.

Duas participantes evidenciam nos discursos o **evitamento nas interações sociais** conforme se comprova nestes excertos:

“Os constrangimentos que sentiam normalmente tinham a ver com eu não poder colocar penso diário principalmente quando ia à praia ”. E4

“Tenho a sensação de não poder ir a lado nenhum sem ter que levar um penso para não ficar ao menos com as calças molhadas ”. E17

O **evitamento nas interações sociais** limita o convívio social devido à falta de controle da perda urinária evidenciando consequências a nível familiares, profissionais e de lazer. No decorrer da análise de conteúdo dos discursos, emergiu a terceira área temática que diz respeito às **estratégias** utilizadas pelas mulheres com IU. [Quadro 5]

Quadro 5- Área temática - Estratégias mobilizadas pelas mulheres com Incontinência Urinária

Categorias	Subcategorias
Utilização de pensos absorventes	
Utilização de roupas escuras	
Reabilitação do pavimento pélvico	Treino Vesical
	Esvaziamento vesical
	Exercício Físico
	Exercícios de Kegel
Dialogo com o cônjuge	
Procura de um profissional de saúde	

A IU causa alterações físicas/psicológicas/emocionais, nomeadamente disfunções sexuais, já referidas anteriormente, levando as mulheres a adotar estratégias para responder às suas necessidades, como, por exemplo, a omissão do problema e a diminuição da frequência da atividade sexual. Acresce, ainda, uma preocupação constante por parte das mulheres em perder urina na presença do companheiro, indo de encontro ao que foi referido por Viana et al, (2012).

Assim, das dezassete entrevistadas, doze delas **utilizam penso diário** como estratégia para se sentirem protegidas, sendo esta uma prática comum entre as mulheres com IU, tal

como mostra Borba et al, (2008) e Lopes e Higa (2006). Os seguintes enunciados refletem, esta prática:

“Tenho de andar com pensos diários sempre. Por vezes ,tenho que trocar ao longo do dia. Antes do período é mais frequente acontecer”.E1

“Colocava um penso diário. Por vezes, necessitava de mudar o penso diário 2 ou 3 vezes num dia. No meu dia-a-dia colocava um penso diário que, normalmente, dantes não usava”. E4

Outra estratégia utilizada pelas mulheres diz respeito ao tipo de roupa, principalmente, na **utilização de roupas escuras**, pois segundo três entrevistadas esta é uma estratégia importante ao nível do conforto e do bem-estar.

Provavelmente, estas limitações associadas à roupa e às suas cores, impede de camuflar o uso de penso higiénico bem como repasse de urina.

“ No dia-a-dia, sinto-me incomodada, principalmente, no verão em que uso roupa mais fina e roupa clara”. E2

“Se for muita a perda de urina, tenho de trocar a roupa e, por esse motivo, fico desconfortável”. E5

Outra categoria enfatizada, nos discursos das mulheres, é a **reabilitação do pavimento pélvico**, emergindo quatro subcategorias: *o treino vesical, esvaziamento vesical, exercício físico e os exercícios de Kegel*. Tal como refere Castro et al, (2010) o objetivo da reabilitação do pavimento pélvico é fortalecer o pavimento pélvico para que todos os músculos trabalhem sinergicamente como um sistema, influenciando de forma positiva a diminuição da sintomatologia da IU.

Relativamente ao **treino vesical**, Coelho e Vilaça (2009) evidenciam que micções periódicas, treino vesical, perda de peso, exercício físico regular, ingestão controlada de líquidos e prevenção da obstipação como medidas preventivas da IU.

Contudo, seis participantes referem realizarem **treino vesical** como uma prática no seu dia-a-dia, conforme explícito nos excertos:

“Tento também não deixar a bexiga encher muito, urino várias vezes ao longo do dia (...)”. E2

“Tento urinar de 3 em 3 horas mesmo que não tenha vontade (...)”. E7

O procedimento relativo ao **treino vesical**, favorece a força muscular, fortalece e dá elasticidade aos músculos, permitindo absorver a carga e restituir a energia. Criar hábitos miccionais de modo que a bexiga não distenda até à sua capacidade máxima, ajudando a aumentar o intervalo miccional. Esta prática de **esvaziamento vesical** antes da relação sexual é referida por três participantes para que a perda de urina não aconteça durante a relação sexual, sentindo-se, assim, mais seguras e, desta forma, conseguem minimizar o receio de ter que interromper a relação sexual para urinar, tal como mostram nos seus discursos:

“Tenho sempre que esvaziar a bexiga antes de ter relações para evitar interromper o ato sexual. Tento, também, não deixar a bexiga encher muito, urino várias vezes ao longo do dia”. E2

“Tenho sempre o cuidado de urinar antes de ir dormir para nunca me acontecer surpresas”. E6

Relativamente à prática de **exercício físico** regular, na literatura consultada, não existem consensos sobre esta matéria embora seja reconhecida, por vários autores como uma prática benéfica para manter a saúde e prevenir doenças refletindo-se na qualidade de vida.

Contudo, duas participantes referem o **exercício físico** como estratégia para favorecer a continência:

“Faço exercício físico duas vezes por semana. Depois de 3 meses a fazer ginástica a IU desapareceu. A ginástica por si só não achei que fosse suficiente mas neste momento já não perco urina (...)”.E3

“Li alguma coisa sobre o assunto da IU e depois comecei a fazer exercício físico (caminhadas, passeira). Noto que, neste momento, já estou muito melhor”.E4

Apesar de existir alguma controvérsia sobre a influência do exercício físico no favorecimento do mecanismo da continência em mulheres com IU, neste estudo encontramos mulheres que referem que, no início da atividade física, diminuíram a perda de urina,

conforme os achados de Caetano, Tavares e Lopes (2004). Os mesmos autores, em 2007, estudaram a IU e atividade física, verificando que, esta última, tem impacto na zona perineal. Este facto faz com que, durante o exercício físico, a mulher tenha necessidade de fazer um maior controle de contração e relaxamento, permitindo aumentar a tonicidade muscular e, conseqüentemente, a redução da perda urinária.

Quanto aos **exercícios de Kegel** têm como objetivos, contrair a musculatura do períneo e a mulher ter a percepção da zona perineal. Habitualmente, as mulheres recorrem a esta prática orientada por profissionais.

Duas participantes referem que realizam estes exercícios e consideraram-nos fundamentais para diminuir a sintomatologia da incontinência:

“ Comecei logo a contrair a vagina e os meus músculos não ficaram flácidos (...) não consegui parar o jato urinário, hoje, com os exercícios já consigo e faço sempre (...) não despejo a bexiga de uma só vez, paro a meio (...) ”. E3

“Normalmente, paro quando estou a urinar e já estou melhor, faço ainda os exercícios vaginais, pelo menos umas 5 vezes ao dia (...). Agora, se for à casa de banho já consigo travar, mas se tiver muito aflita ainda não consigo (...) ”. E17

Estes achados vão de encontro ao que defende Korelo et al (2011), quando dizem que a sua realização baseia-se, essencialmente, no aumento da força muscular, aumento da resposta reflexa, relaxamento, normalização e fortalecimento do tónus muscular.

Sobressai, ainda, uma outra estratégia na categoria o **diálogo com o cônjuge**. Embora, as participantes refiram ter omitido durante algum tempo o assunto ao companheiro, quando o decidiram fazer, este revelou uma atitude de escuta e compreensão.

Assim, seis das dezassete participantes, referem que sentiram necessidade de **diálogo com o cônjuge** facto que se pode constatar através dos seguintes excertos:

“Ao fim de algum tempo, achei que devia conversar com o meu marido sobre o assunto [IU] e foi isso que fiz, ele entendeu perfeitamente e apoia-me incondicionalmente”.E4

“Passado alguns anos, tive necessidade de contar ao meu marido o que se passava comigo para caso perde-se urina ele saber e não ficar espantado”.E6

As mulheres que conseguiram dialogar sobre este assunto com o companheiro, referiram que foi importante na relação conjugal, pois permitiu maximizar a espontaneidade nas atitudes e, conseqüentemente, na vida íntima, tal como referem Lara et al, (2008).

A procura de um **ao profissional de saúde** assume-se, também, como uma estratégia de ajuda para lidar com o problema, como mostram quatro participantes. Relativamente a este recurso, os estudos mostram que nem sempre é mobilizada pelas utentes, porque não identificam a IU como uma patologia e desconhecem os tratamentos adequados.

“ Fui à consulta de enfermagem a minha enfermeira falou-me sobre o assunto e eu comecei a fazer o que ela disse.(...). E3

“Só agora é que decidi falar sobre o assunto ao meu médico e enfermeira. E fui encaminhada para ser operada, podia ter ido mais cedo”. E6

Os achados encontrados estão relacionados com os de Silva e Lopes (2009), quando referem que as mulheres sentem-se constrangidas por abordar um assunto da esfera íntima não reconhecendo formas de tratamento, sendo esta a principal razão de não procurarem ajuda profissional. Auge et al, (2006) referem, no seu estudo, as mulheres com IU não procuram o profissional de saúde apresentando como queixa principal a perda de urina, porque a consideram um processo natural de envelhecimento.

As práticas cuidativas a nível dos cuidados de saúde primários, não descrevem intervenções direcionadas para a mulher com IU. Considera-se, por isso, importante repensar as práticas clínicas em saúde sexual e reprodutiva com vista a um atendimento humanístico e sistemático, no sentido de serem realizadas intervenções ao longo do ciclo vital e direcionadas para esta problemática.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo teve por base a problemática em torno das implicações da IU na sexualidade de mulheres, caracterizadas por uma situação perturbadora a nível pessoal, conjugal, familiar e social.

É no reconhecimento da importância atribuída à intervenção do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na assistência à mulher com IU que, agora, se pretende refletir na forma como proporcionar cuidados de saúde/enfermagem de qualidade e, simultaneamente, incentivar as mulheres na resolução dos problemas, mesmo tratando-se de um problema da esfera íntima como é a sexualidade. Deste modo, a opção de realizar um estudo qualitativo pareceu apresentar-se como mais adequada, na medida em que se propôs uma análise sobre as implicações expressas na primeira pessoa pelo cariz íntimo e revelador da vivência da sexualidade da mulher. Existiram *limitações* no estudo, principalmente, pelo facto de ser um tema constrangedor e de abordagem difícil para as mulheres. As mesmas não o verbalizam com facilidade e ainda pela inexperiência do investigador.

Face ao percurso investigativo assente nos objetivos formulados em articulação com a questão que orientou o estudo e a bibliografia consultada, produziram-se as seguintes conclusões e posteriormente recomendações.

A IU é um problema que não coloca em risco a vida da mulher, mas as suas atividades diárias dado que perturba os estilos de vida, especialmente o bem-estar físico e psicológico.

O estudo mostra que as idades das participantes são, em média, de 38 anos, maioritariamente portadores de Incontinência Urinária de Esforço. A presença da patologia varia entre 1 a 5 anos e atribuem o seu aparecimento, ao nascimento de um filho, considerando um momento marcante que influenciou concomitantemente o aparecimento da IU.

Relativamente às implicações sobressai uma valorização das participantes da componente física referindo as disfunções sexuais como alteração na sua vida íntima após o aparecimento da IU.

A diminuição da líbido dificulta a relação sexual quer pela perda de urina quer pelo medo em ter que interromper a relação sexual para urinar, podendo mesmo sentir desconforto interferindo na resposta sexual.

Relativamente à diminuição do prazer, é referido menos vontade, embora quando o companheiro é persistente a mulher mostra-se participativa, não referindo desagrado na relação. Assim, o desinteresse sexual provocado pela diminuição da líbido como pela diminuição do prazer, parece estar relacionada com a submissão na relação, levando a mulher ceder a momentos de intimidades mesmo sem ser sua vontade.

A dispareunia também é referida neste estudo, principalmente, pela falta de relaxamento. Esta incapacidade de se excitar sexualmente impede que a mulher fique relaxada sendo esse facto impeditivo de existir uma penetração ou caso exista esta possa ser dolorosa.

Relativamente à sensibilidade ao toque, também é referida neste estudo especificamente pelas limitações que a mulher apresenta em se concentrar para não perder urina. Tal pressuposto faz com que a mulher esteja mais sensível aquando do momento de intimidade.

Para além das implicações físicas valorizadas pelas participantes deste estudo, também, existe referências a implicações emocionais como resultado da IU. O medo impede que a mulher não esteja relaxada pelo risco de perder urina, agravada pelo medo de ter cheiro desagradável e que o companheiro tenha conhecimento da sua condição de incontinente. Este medo pela perda de urina é evidenciado, bem como o desconforto causado, parece perturbador despoletando situações de desinteresse no relacionamento íntimo.

A vergonha é manifestada pelas participantes, essencialmente em situação de perda de urina ou quando colocam a hipótese de perda inesperada. Ficar molhada, cheirar a urina e receio de não encontrar uma casa de banho é preocupante para a mulher limitando-a a alguns

espaços. Esta condição é retratada como um entrave à vida social sendo identificados motivos que as impedem de ter uma vida social ativa.

Relativamente à dimensão emocional, denota-se instabilidade na mulher por ter IU. Esta dimensão, quando alterada, é indutora de poder conduzir ou mesmo induzir à insatisfação, estados de medo e desinteresse sexual podendo mesmo desencadear estados depressivos. Estes, para além de todas as implicações físicas limitativas, podem levar, ainda, a uma somatização de sintomatologia, perturbando a qualidade de vida pessoal, relacional e conjugal. Consequentemente, pode surgir baixa autoestima, agravar a harmonia do casal e insatisfação na vivência da sexualidade prazerosa.

Sobressai, também, a utilização de estratégias de forma a minimizar o problema e encobrir a parte visível da sua patologia. Para isso, as participantes fazem uso do penso absorvente de proteção trocando-o com frequência a fim de minimizar o odor e humidade dedicando particular atenção na seleção e uso de vestuário apropriado à condição de incontinente.

Demonstram conhecimento sobre a forma de reeducação do pavimento pélvico nas atividades de vida diária, implementando procedimentos que passam pela criação de hábitos miccionais com alguma periodicidade ao longo de dia. Fazem, ainda, controle de ingestão hídrica como forma de minimizar a perda de urina e referem-se à suspensão do ato miccional embora este seja considerado, na literatura consultada, como prejudicial pelo risco de favorecer a estase vesical e, consequentemente, ao aparecimento de infeções urinárias.

A importância da comunicação com o companheiro referem necessidade de comunicação e expressão de sentimentos, no entanto, nem sempre o conseguem. Contudo a partir do momento em que expuseram o seu problema ao companheiro, este mostrou-se compreensivo perante a situação.

Relativamente à procura de ajuda junto dos profissionais de saúde, é pouco expressiva nos excertos das participantes, parecendo não reconhecer que a IU e as alterações da sexualidade podem ser consideradas uma patologia.

Quanto às **recomendações**, e após síntese das principais conclusões, pensa-se ser importante intervenções em cuidados de saúde, junto da comunidade, em geral e neste grupo em especial aos 4 níveis de prevenção. A prevenção primária deve ser sempre a primeira opção de abordagem, vislumbrando-se uma assistência à saúde da mulher, dando-lhe ferramentas que promovam as suas competências cognitivas, instrumentais, e relacionais para que possam sustentar a tomada de decisão do seu projeto de vida e saúde favorável à prevenção e tratamento da IU. Uma abordagem sensível por parte da equipa de enfermagem em implementar na prática clínica cuidados ajustados, individualizados respondendo às reais necessidades das utentes, criando confiança e empatia no desenvolvimento de uma relação terapêutica para que, em conjunto, promoverem a saúde física e mental destas utentes. Uma anamnese descritiva e pormenorizada associada a uma relação terapêutica, permite que as mulheres partilhem os seus íntimos anseios ou preocupações, cabendo ao EESMO desenvolver projetos interventivos capazes de dar respostas ajustadas às reais necessidades das utentes, e que estas se sintam completamente implicadas ao longo de todo o processo.

Por último, é de realçar a importância da formação contínua dos enfermeiros nesta área específica e o EESMO é o profissional que deverá contribuir para a implementação de intervenções que respondam às necessidades desta população alvo de cuidados. Deve, ainda, no âmbito das suas competências intervir na tomada de consciência das mulheres relativamente à prevenção da IU, através da educação para a saúde ao longo do ciclo reprodutivo, com relevância na gravidez e puerpério, para que as mulheres implementem medidas de prevenção com especial enfoque no fortalecimento do pavimento pélvico e promoção de estilos de vida saudáveis. Existe um enorme desafio que recai sobre o EESMO no sentido de contribuir, com as suas competências, na prevenção desta patologia, assim como, na melhoria da qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária. As intervenções de enfermagem centradas na pessoa e às implicações, que esta patologia tem na sexualidade. Para tal, os projetos devem ser concebidos, operacionalizados e avaliados pelas equipas de saúde/enfermagem com inteira co-responsabilização de todos os intervenientes sendo que, as mulheres terão obrigatoriamente um papel ativo e interventivo. Só deste modo é possível trabalhar na comunidade com a comunidade e para a comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdo, C.H. N. Ciclo de Resposta Sexual, Neuropsicofisiologia e Neuropsicopatologia da Função Sexual In Abdo B. D. O. (2012). Sexualidade humana e seus transtornos, (4ª ed.),São Paulo: Casa Leitura Médica, 29-47.
- Aboim, S. (2010). Plural Masculinities. *The Remaking of the Self in Private Life Ashgate*.Universidade de Lisboa, ISBN: 978-0-7546-9984-2
- Albuquerque, M.S.A. (2007). *A sexualidade no deficiente mental profundo: um estudo descritivo sobre as atitudes de profissionais e pais*. Dissertação de Mestrado, Socio-psicologia da Saúde no Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Albuquerque, M.T., Micussi, B.C., Soares, E.M.M., Lemos, T.M.A.M, Brito, T.N.S.,Silva, J.B. & Maranhão, T.M.O. (2008). Correlação entre as queixas de incontinência urinária de esforço e o pad test de uma hora em mulheres na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, nº33 (2), 70-74.
- American Psychological Association (2012). *Manual de publicação da APA/ American Psychological Association*. (6. ed., D. Bueno, trad.). Porto Alegre: Penso.
- Amorim, C. M. B. F. (2007). *Doença Oncológica da Mama Vivências de Mulheres Mastectomizadas*. Tese de Doutoramento. Instituto Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Andrade, S. S. Mídia impressa e educação de corpos femininos. In Louro, G.L., Goellner, S.V. & Filipe, J. (Orgs.). (2005). *Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação*. (2.ed.), Petrópolis: Vozes, 108-123.
- Auge, A.P., Zucchi, C.M., Costa, F.M.P., Nunes, K., Cunha, L.P.M., Silva, P.V.F. & Ramos, T.U. (2006). Comparação entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não a tratamento cirúrgico, *Revista Brasileira de Obstetrícia*, 28(6):352-357.
- Azevedo, A. A. (2004). *Incontinência urinária: impacto no feminino*. Coimbra. Formasau.
- Barbosa, A.M., Carvalho, L.R., Martins, A.M.V.C., Calderon, I.M.P. & Rudge, M.V.C. (2005). Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico, *Revista de Ginecologia*, 27 (11), Rio de Janeiro acessado em 20 de Março de 2015 em http://www.Scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid
- Bardin, L. (2008). Análise de Conteúdo. (4º ed.): Edições 70, Lda, ISBN 978-972-44-1506-2

- Bento, A. (2012). Investigação quantitativa e qualitativa: Dicotomia ou complementaridade. *Revista JA da Associação Académica da Universidade da Madeira*, 40-43 acessado em 10 de janeiro de 2015 em <http://www3.uma.pt/bento/Repositorio/Investigacaoqualequan.pdf>
- Borba, A. M. C., Lelis, M. A. S., & Brêtas, A. C. P. (2008). Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17 (3), 527-535.
- Botelho, F., Silva, C. & Cruz, F. (2007). *Incontinência Urinária Feminina: Medicina Familiar*. Acta Urológica. 24(1), 79-82.
- Branco, M. J. Paixão, E. & Vicente L.F. (2011). *Uma "observação" sobre a utilização de cuidados preventivos pela mulher*. Instituto Dr Ricardo Jorge.
- Branco, T. (2009). Estratégias na incontinência urinária: novas abordagens. *Sinais Vitais*. Lisboa. 83, 16-23, ISSN 0872-0844.
- Bridges, W. (2004). *Transitions: Making sense of lifes changes*. Cambridge: Da Capo Press.
- Cabral, M.F., Moura, P., Aboim, S., Vilar, D. & Maia, M. (2010). *Sexualidade em Portugal; Comportamentos e riscos*, 37: Bezancio, IBSN: 978-972-53-0461
- Caetano, A.S., Tavares, M.C. & Lopes, M.H.B. (2004). Proposta de atividades físicas para mulheres com incontinência urinária de esforço. *Revista Digital*, Buenos Aires, 10 (76) acessado em 15 de Janeiro de 2015 em <http://www.efdeportes.com/efd76/mulheres.htm>
- Caetano, A.S., Tavares, M.C. & Lopes, M.H.B. (2007). Incontinência Urinária e a Prática de Atividade, *Revista Brasileira de Medicina e Esposte*, 13 (4). Acessado em 21 de Janeiro de 2015 em Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v13n4/12.pdf>.
- Castro, A.P., Pereira, V.S., Serrão, P.R.M.S. & Driusso, P. (2010). *Eficácia do biofeedback para o tratamento de Incontinência Urinaria de esforço: uma revisão sistemática*. Porto Alegre, 20 (3): Scientia Media, 257-263. Acessado em 8 de Abril de 2013 em Pubmed <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/6522/5496>
- Catalán, A. R. M.& Cordellat, F. S. (2012). Incontinência urinária en la adolescência. *Revista ROL de Enfermeria*. Barcelona. 35 (1), 52-55.
- Coelho, M. & Vilaça, M. (2009). *Reabilitação da Incontinência Urinária*. Actas Urológicas, 26 (1), 27-32, disponível em www.apurologia.pt.
- Decreto - Lei 161/96 de 4 de Setembro, Regulamento Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) de 21 de Abril disponível em www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/.../REPE.pdf
- Dedicação, A.C., Haddad M., Saldanha, M.E.S. & Driusso, P. (2009). Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13

- (2), 116-122. Acedido em 25 de Março de 2014 em Scielo: <http://www.redalyc.org/pdf/2350/235016468005.pdf>.
- Dellu, M., Zácara, P., Schmitt, A. & Ellu, M. (2008). Prevalência de sintomas e factores obstétricos associados em mulheres adultas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12 acedido em 20 de Fevereiro de 2014 em Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/2008nahead/aop005.pdf>.
- Dias, J., Parada, B. & Vendeira, P. (2007). *Urologia em 10 minutos*, Associação Portuguesa de Urologia (APU).
- Direcção Geral da Saúde (DGS). (2011). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Lisboa. 67, ISBN 978-972-675-182-3.
- Direcção Geral de Saúde / Organização Mundial de Saúde (2010). *Prevalência e tratamento de incontinência urinária*, Relatório Mundial da Saúde. Acedido em 15 de dezembro de 2014 em <http://www.apurologia.pt/pdfs/estud-epidem-incont-do-Porto>.
- Direcção Geral de Saúde, (2012). *Natalidade, Mortalidade infantil, Fetal e perinatal 2007/2011*. Divisão de Epidemiologia e Estatística.
- Driessnack, M., Sousa, V.D. & Mendes, A. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: part. 2: desenhos de pesquisa qualitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (4), Ribeirão Preto, acedido em 12 de janeiro de 2013 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000400025>
- Duarte, A.M.B., (2010). *Climatério: O impacto sobre a condição Feminina*. Dissertação de Mestardo em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, 13.
- Etienne A. & Waitman C. (2006). *Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico*: Livraria Médica Paulista.
- Faculdade de Medicina do Porto (2008). *Prevalência e Tratamento de Incontinência urinária na População Portuguesa não Institucionalizada*. Serviço de Epidemiologia do Porto. Acedido em 10 de Janeiro de 2013 em <http://www.apurologia.pt/pdfs/estud-epidem-incont-08.pdf>.
- Feldner, P.C., Sartiri, M.G.F., Lima, G.R., Baracat, E.C. & Girão, M.J.B.C. (2006). Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetricia*, 28 (1), 54-62.
- Ferederice, C. P., Amaral, E. & Ferreira, O. (2011). Sintomas urinários e função muscular do assoalho pélvico após o parto. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetricia*, 33(4) acedido em 12 de fevereiro de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n4/a07v33n4.pdf>.

- Fernandes, A. R. (2009). A visão de Moreno sobre o desenvolvimento do poder nas relações conjugais. *Revista Brasileira de psicodrama*, 17(2). São Paulo acessado em 20 de janeiro de 2015 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-53932009000200005&script=sci_arttext
- Fernandez, M.R., Gir, E. & Hayashida, M. (2005). Sexualidade no período climatérico: situações vivenciadas pela mulher, *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39 (2), São Paulo acessado em 20 de outubro de 2014 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200002>
- Ferreira, A.L., Souza, A., Ardisson, C. & Katz, L. (2007). Disfunções sexuais femininas, *Revista Feminina*, 35 (11), 689-695.
- Ferreira, M. & Santos, P. C. (2012). Impacto dos programas de treino na qualidade de vida da mulher com incontinência urinária de esforço. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, 30 (1), 3-10, ISSN 0870-9025.
- Ferreira, P. M., Cabral, M. V. C., Vilar, M. & Maia, M. (2010). *Sexualidades em Portugal: comportamentos e riscos*, Lisboa: Editorial Bizâncio, 9-17.
- Fitz, F.F., Costa, T. F., Yamamoto, D. M., Resende, A. P. M., Stupp, L., Sartori, L. S. M. G. F., Girão, M. J. B. C. & Castro, R. A. (2012). Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária, *Revista da Associação Médica Brasileira (AMB)*, São Paulo, 58 (2), 155-159 acessado em 10/1/2014 em http://ac.els-cdn.com/S010442301270489X/1-s2.0-S010442301270489X-main.pdf?_tid=acebddde-a812-11e4-a37e-00000aab0f6c&acdnat=1422576069_e1c45a86bf53691688a69f9be08d1c7e
- FLICK, U. (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Forte, C. B. (2011). *Incontinência urinária de Esforço na Mulher*, Dissertação de Mestrado de Medicina, Instituto Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Fortin, M.F., (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (2ª ed), Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-10-X,.
- Franceschet, J., Sacomori, C. & Cardoso, F., (2009). Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes, *Revista Brasileira Fisioterapia*, 13(5), ISSN 1413-3555
- Freire, R.C.R. (2012). *Percepção do Bem-Estar Sexual e Qualidade de Vida da Mulher com Incontinência Urinária*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu, acessado em 20 de fevereiro de 2014 em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1733/1/FREIRE%20Raquel%20Carvalho%20Rodrigues%20-%20Disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf>

- Gabriel, C. A. C., (2013). *Sexualidade da pessoa com deficiência intelectual – Atitudes de pais e profissionais*, ISPA . Instituto Universitário acessado em 20 de março de 2014 em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2516/1/17809.pdf>
- Galhardo, C., & Katayama, M. *Anatomia e Fisiologia do Trato Urinário Inferior Feminino* In Chiarapa, T.R.; Cacho, D.P.; Alves, A.F.D. (Org.). (2007). Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 236.
- Garcia, O. R. Z. & Lisboa, L. C. (2012). Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária, *Textos e Contextos – Enfermagem*, 21 (3), Florianópolis.
- Gomes, C. & Hisano, M. *Anatomia e Fisiologia da Micção*.(cap. 2) In Júnior, A., Filho, M. Z. & Reis, R. B. (2010). Urologia Fundamental, Sociedade Brasileira de Urologia, São Paulo, 29-35, ISBN – 978-85-60566-17-4 acesso em 2 de fevereiro 2014 em <http://www.sbu-sp.org.br/arquivos/publicacoes/OS1688-Completo-UrologiaFundamental-09-09-10.pdf>
- Gomes, M.E.A., Guimarães, J.M.X., Sampaio, J.J.C., Pacheco, M.E.A.G. & Coelho, M.O. (2010). Concepções e vivências da sexualidade: um estudo com usuárias da estratégia saúde da família. *Revista Baiana de Saúde Pública.*, 34 (4), 919-934.
- Gomes, M.E.A., Silveira, L.C., Petit, S.H., Brasileiro, G.M.V., V.G.M. & Almeida, A.N.S. (2008). A sexualidade das mulheres atendidas no programa saúde da família: uma produção sociopoética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (3), Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Gonçalves, R. & Merighi, M. A. B. (2009). Reflexões sobre a sexualidade durante a vivência do climatério, *Revista Latino de Enfermagem*, 17 (2) acesso em 2 de Fevereiro 2015 em www.eerp.usp.br/rlae.
- Guerra, I. C. (2012). *Pesquisa Qualitativa e análise de conteúdo: sentido e formas de uso*: Princípio, Estoril, ISBN – 978-972-8818-66-1.
- Higa, R. & Lopes, M. (2007). Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (5), 503-506.
- Higa, R. (2010). *Significados psicossociais da perda urinária para mulheres de condições socioeconômicas menos favorecidas: um estudo clínico-qualitativo*. Tese de Doutorado, Unicampo.
- Higa, R., Baena, M. H. M. L. & Turato, E. R. (2008). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 16(4), 8, ISSN 0104-1169, acessado em 12 de dezembro de 2014 em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_20.pdf

- Higa, R., Lopes, M. H. B. M. & Reis, M.J. (2008). Fatores de risco para incontinência urinária na Mulher, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 187-192.
- Higa, R., Tivorêto, C.R.S.F., Campos, L.K., Lopes, M.H.M. & Turato, E.R. (210). Vivências de mulheres Brasileiras com incontinência urinária, *Texto contexto - enfermagem*. 19 (4), Florianópolis acessado em 10 de fevereiro de 2015 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400004>
- Instituto Nacional de Estatística (INE), (2010). *Anuário Estatístico de Portugal 2008, Ano de Edição 2009*, Instituto Nacional de Estatística.
- International Council of Nurses (ICN). (2008), 3, place Jean-Marteau, 1201 Genebra, Suíça, ISBN da versão Inglesa: 978-92-95065-12-3
- Juc, R.U., Colombari, E. & Sato, M. A. (2011). Importância do sistema nervoso no controle da micção e armazenamento urinário, *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 36.
- Knorst, M. R., Lisot, F. E., Zollner, L. L., Barbosa, M. C. & Resende, T.L., (2012). Influência do tipo de parto no resultados do tratamento fisioterapêutico na Incontinência Urinária. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, 5 (2), 117-124.
- Korelo, R. I. G, Kosiba, C. R., Grecco, L. & Matos, R. A (2011). Influência do fortalecimento abdominal na função perineal, associado ou não à orientação de contração do assoalho pélvico, em nulíparas. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, 24 (1), 75-85, ISSN 0103-5150 acessado em 10 de novembro de 2014 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502011000100009>
- Kruger, A.P. (2012). *Função Muscularas do Assoalho Pélvico e função sexual em mulheres segundo a faixa etária e os níveis de atividade física*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis.
- Lakatos, E.M., Marconi, M.A.(003). – *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Atlas, ISBN 85-224-3397-6.
- Lara, L.A., Silva, A.C.J., Romão, A.P. & Junqueira, F.R. (2008). Abordagem das disfunções sexuais femininas, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30 (6) , 312-21, Rio de Janeiro, ISSN 0100-7203 acessado em 20 de março de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000600008
- Lara, L.A.S. (2009). Sexualidade, Saúde Sexual e Medicina Sexual: panorama atual. *Revista brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31 (12), 583-585.

- Leon-Gerrero, A. (2011). *Social Problems: Community, Policy, and Social Action*. (3ª ed.). London: Pine Forge Press.
- Li, T. & Fung, H.H. (2011). The Dynamic Goal Theory of Marital Satisfaction. *Review of General Psychology*, 15 (3), 246-254.
- Lopes, M.H.B.M. & Higa, R. (2006). Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Revista da Escola de Enfermagem*, 40 (1), 34-41, São Paulo, acessado em 15 de maio de 2014 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100005>
- Lopes, T., Monteiro, L.A., Gomes, M. J., Silva, C., Monteiro, P., Santos, V., Ramos, M. S. & Vasco, P. (2007), *Dia da Incontinência Urinária*, Dossier da Saúde.
- Lucas, C.O., Oliveira, C.M., Monteiro, M.I.A. (2009). Perturbações do desejo sexual hipotativo: prevalência, diagnóstico e tratamento. *Psicologia da Saúde*, 17 (2), 101-112.
- Marques, F., Chedid, S. & Eizerik, G. (2008). Resposta sexual humana. *Revista de Ciências Médicas de Campinas*. 17 (3-6), 175-183.
- Mascaranhas, T. Disfunções do pavimento pélvico: incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos In Manual de Ginecologia (2009), cap. 30, acessado em 14 de janeiro de 2015 em http://fspog.com/fotos/editor2/cap_30.pdf
- Masters W.H. & Johnson V.E.(1996). Human sexual response. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. In Sena, T. (2010). Os relatórios Masters & Johnson: gênero e as práticas psicoterapêuticas sexuais a partir da década de 70. *Revista de Estudos Feminina*, 18 (1), Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, acessado em 10 de janeiro de 2015 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2010000100014&script=sci_arttext
- Meleis, A.I. (2010). Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories In *Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company
- Mendes, A. (2012). *Proposta de fortalecimento dos músculos pélvicos com coadjuvante do tratamento da incontinência urinária: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde: Macapá, Universidade Federal do Amapá, acessado em 20 de janeiro de 2015 em <http://www2.unifap.br/ppcs/files/2013/07/ADILSON.pdf>
- Mendes, T.M.A.P. (2012). *Vivências da Sexualidade nas Mulheres após o Nascimento do Primeiro Filho*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Coimbra, Coimbra.

- Mendonça, C.R., Silva, T.M., Arrudai, J.T., García-Zapata, M.T.A., & Amaral, W.N. (2012). Função sexual feminina: Aspectos normais e patológico, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Revista Femina*, 40, 195-202.
- Menezes G.M.D, Pinto F.J.M., Silva F.A.A, Castro M.E. & Medeiros C.R.B. (2012). Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres, *Revista Gaúcho de Enfermagem*, Porto Alegre, 33.
- Mikel, G. & Moore, K. (2009). *Cuidados de Enfermagem em urologia no adulto e criança*, Lusociência, Loures.
- , J. M. (2011). Cluster analysis of intake, output, and voiding habits collected from diary, 60, (2), 115-123, ISSN 0029-6562 acedido em 10 de janeiro de 2015 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21317828>
- Ministério da Saúde, (2008). *Ser mais, decidir melhor*, Direcção-Geral da Saúde, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, Direcção Geral da Saúde, Lisboa, 67, ISBN 978-972-675-182-3.
- Ministério da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Mixão, M. L. & Borges, J. C. F. (2006). A sexualidade no idoso. *Revista Enfermagem*. 2ª Série. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Montez, S.M.P.M. (2008). *Promoção da Qualidade de Vida do Incontinente Urinário*. Especialização em Psicologia da Saúde, Instituto Politécnico de Beja Escola Superior de Educação de Beja, Faro.
- Morais, S.M.O. (2012). *A satisfação face à sexualidade no casal após nascimento do primeiro filho*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra acedido em 10 de dezembro de 2014 em repositorio.esenfci.pt/private/index.php?process=download&id.
- Mozzato, R. & Grzybovski, D. (2011). *Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no campo da Administração: Potencial e Desafios*, RAC, Curitiba, 15(4), 731-747, acedido em 10 de Janeiro de 2015 em <http://www.anpad.org.br/rac>
- Nascimento, L.G., Lopes, G.P. (2010). Fisiologia e Patologia Sexual (cap. 4) In Lopes, G. Torres, L.O., Montgomery, M., Marques, C.M., Nascimento, L.G. & Maia, M.B. (1994). *Patologia e terapia sexual*. (1ª ed.): medsi editora médica e científica, Lda. Acedido em 15 de Fevereiro de 2015 em <http://www.bibliomed.com.br/bibliomed/bmbooks/ginecolo/livro3/cap/cap04.htm>
- Neto, A.M.P., Valadares, A.L.R. & Paiva, L.C. (2013). Climatério e Sexualidade, [Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia](#), 35 (3), ISSN 0100-7203 acedido em 20 de fevereiro de 2015 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000300001>

- Nobre, P. (2006). *Disfunções Sexuais, Teoria, Investigação e Tratamento*, Lisboa: Climepsi Editores, 254, ISBN: 9789727962167
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação Académica de enfermagem*. Escola Superior da Saúde, Instituto Politecnico de Setúbal, SBN: 978-989-98206-1-6
- Oliveira, C.L. (2009). *Um apanhado teórico-concetual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características*. Acedido em 10 de janeiro de 2014 em <http://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/article/download/3122/2459>
- Oliveira, D.M., Jesus, M.C.P. & Merighi, A.B. (2008). Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em um grupo. *Textos & Contextos - Enfermagem*. 17 (3), Florinópolis, acedido em 12 de fevereiro de 2015 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000300013>
- Oliveira, J.M. (2007). *Avaliação do efeito do tipo de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico de primíparas*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, acedido em 17 de março de 2014 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-18122007-142128/>.
- Oliveira, M. S. J. (2010), *Prevalência da Incontinência Urinária e sua associação com a Obesidade em mulheres na transição menopausa e após menopausa*, (Dissertação de Pós-Graduação em Saúde Pública), Universidade de São Paulo
- Oliveira, T. & Oliveira, P. (2010). *Relação entre Sintomatologia e achados Urodinâmicos em Mulheres com Incontinência Urinária*, *Actas de Urologia*, 27 (2), APU.
- Ordem dos enfermeiros (2010), *Regulamento das competência específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstetrícia e ginecologia*, Lisboa.
- Pais, J.M. (2008). *Vivências Sexuais – Modos e Diversidades, Família, Género e Afectos, Práticas e processos de Mudança Social*, acedido em 20 de março de 2014 em http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR492ede2664249_1.pdf.
- Pais-Ribeiro, J.L. & Raimundo, A. (2005). Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. *Análise Psicológica*, 3 (23), 305-314.
- Palma, P., Riccetto, C. (2004) - Incontinência urinária na mulher. In Barata, H. S., Carvalhal, G. F.(1999) *Urologia: princípios e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, pp: 209-235.
- Pechorro, P., Diniz, A. & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais, *Análise Psicológica*, 1(47), 99-108.

- Pedrozo, V., Simone B., Volkmer C., Argollo K.J. & Pincegher D. (2012). Incontinência Urinária e Sexualidade no cotidiano de mulheres em tratamento fisioterápico: uma abordagem qualitativa. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, 3(4), 62-70, ISSN 2178-7085
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*, (5ªed.). Porto Alegre: Artmed.
- Pontes, A.C., Leitão, I.M.T.A. & Ramos, I.C., (2008). Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumentos essencial do cuidado, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312-318.
- Portal da Saúde Sexual e Reprodutiva. (n.d.). *Resposta Sexual*, Associação para o Planeamento da Família (APF). Disponível em <http://www.apf.pt/?area=003&mid=004>
- Portugal, Ministério da Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 56.
- Progianti, J. M., Araújo, L. M. & Mouta, R. J. O. (2008), Repercussões da epiotomia sobre a sexualidade. *Revista de Enfermagem*, Escola Anna Nery. 12(1) , 45-49 acedido em 20 de fevereiro de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000100007&script=sci_arttext
- Quivy, R. & Campenjoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, (5º ed.). Lisboa: Gradiva.
- Relatório Anual sobre ao acesso a cuidados de saúde no SNS (2011). *Uma “Observação” sobre a utilização de cuidados preventivos pela Mulher*, 62.
- Ressel, L. B., Junges, C. F., Sehnem, G. D. & Sanfelice, C., (2011), *A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes*, Escola Anna Nery , 15 (2), Rio de Janeiro, acedido em 20 de janeiro de 2015 em <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200005>
- Rett, M.T., Simões, J., Herman, V., Guegel, M.S.C. & Morais, S.S. (2007). Qualidade de vida de mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, 29,nº3, 134-140.
- Ribeiro, J.P. & Raimundo, A. (2005). Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. *Análise Psicológica*, 3 (23), 305-314.
- Rodrigues, E., Oliveira, L. & Almeida, L. (2008). Autocontrolo da continência urinária em pessoas com traumatismo vertebro-medular, *Nursing.*, 18 (240), 16-24, Lisboa, ISSN 0871-6196.
- Rodrigues, F.N.M., (2011). *Questionário a mulher com incontinência urinária de esforço, Estudo de Adaptação e Validação do King's Health*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto Abel Salzar, Porto.

- Sampieri, R.H. , Collado, C.H. & Luci, P.B. (2006). *Metodologia de Pesquisa(3º ed.)*, São Paulo, ISBN 85-8680493-2
- Sanches, P. R. S. (2008). *Avaliação de Técnicas Conservadoras para tratamento da Incontinência Urinária feminina empregando instrumentação para a monitorização domiciliária*. Tese de Doutorado, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba.
- Santos, C.R.S. & Santos, V.L.C.G. (2010). Prevalência da incontinência urinária em amostra randomizada da população urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, *Revista latina de Enfermagem*, 18 (5), Brasil acessado em 10 de fevereiro de 2015 em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_10.pdfIn:
- Santos, W.S. (2011). Organização Curricular Baseada em Competências na Educação Médica, *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35, 86-92 acessado em 20 de março de 2015 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022011000100012&script=sci_arttext
- Sardinha, A., Falcone, E.M.O., Ferreira, M.C. (2009). As relações entre a satisfação conjugal e as habilidades sociais percebidas no cônjuge. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (3), 395-402.
- Sena, T. (2010). Os relatórios Masters & Johnson: gênero e as práticas psicoterapêuticas sexuais, Universidade Federal de Santa Catarina, Estudos Feministas, Florianópolis, 18 (1), 288.
- Senra, C.A.T. (2012). *Qualidade de Vida, Satisfação Sexual, Morbilidade Psicológica e Coping em Mulheres com Incontinência Urinária*, Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho.
- Silva, A.C.S. (2011). *Fisiologia renal, departamento de pediatria da unidade de nefrologia pediátrica*, Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais.
- Silva, L. & Lopes M.H.B.M. (2009). Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura de tratamento, *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43 (1), 72-78, acessado em 23 de fevereiro de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100009
- Silva, A. & Oliveira, L. (2011). Exercícios de Kegel associados no tratamento de Incontinência Urinária: estudo de caso, *Scientia Medica*, Porto Alegre, 21(4), 173-176.
- Silva, A. I., Almeida, C., Aguiar, H., Neves, M. & Teles, M. J. (2013). Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, Alges, 29(6), 364-376, ISSN 2182-5173, acessado em 23 de janeiro de 2015 em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=11197&path%5B%5D=10923>

- Shaban, A., Drake, M.J. & Hasgim, H. (2010). The medical management of urinary incontinence. *Antonomic Neurocience: Basic an Clinical*, 152,4-10 acedido em 15 de fevereiro de 2015 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19900845>
- Sousa, M.J. & Batista, C.S. (2011). *Como fazer: Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios* (3ª ed.): Pastor, INBN: 978-989-693-001-1.
- Souza, C.E.C., Lima, R.M., Bezerra, L.M.A., Pereira, R.W., Moura, T.K.E. & Oliveira, R.J., (2009). Estudo comparativo da função do assoalho pélvico em mulheres continentas e incontinentes na pós menopausa, *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13 (6), São Paulo acedido em 13 de janeiro de 2015 em <http://dx.org./10.1590/S1413-3552009005000060>
- Tereso, A. (2011). O acesso dos Homens aos cuidados de saúde sexual: Resultados Preliminares sobre o Impacto do Género nas Perspectivas dos Profissionais de Saúde – CIES e WorkingPaper nº 115, Instituto Universitário de Lisboa, ISBN 1647-0893 acedido em 5 de fevereiro de 2014 em https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/3235/1/CIES-WP115_Tereso.pdf
- Teixeira, C., Nogueira, P. & Mascarenhas, T. (2014). *Treatment of stress urinary incontinence* Universidade do Porto, Porto.
- Thil, R.R., Dambros, M., Palma, P., Thil, M., Riccetto, C. & Ramos, M.F. (2008). Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30 (10), 504-510
- Thomazini, J.O. (2011). *Incontinência urinária de esforço: análise de conceito*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos.
- Trindade, W. & Ferreira, M.A. (2008). Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17 (3) , 417-426, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. SSN: 0104-0707
- Trindade, W. R. & Ferreira, M. A. (2008). Sexualidade Feminina: questões do cotidiano das mulheres, *Textos Contextos de Enfermagem*, Florianópolis, vol.17(3), acedido em 20 de fevereiro de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000300002&lng=pt
- Vala, J. In Silva, A. S. & Pinto, J. M. (2014). *Metodologia das Ciências Sociais*, (16ª ed.), Edição: Afrontamento, Porto, ISBN: 978-972-36-0503-7.
- Vaz, R.A. & Nodin, N. (2005). A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade, *Análise Psicológica*, 3 (23), 329-339 acedido em 13 de fevereiro de 2014 em

- Vella, M. & Cardozo, L. (2005). Incontinence during sexual intercourse. *Women's Health Medicine*, 2 (6), 42-43.
- Viana, S.B.P., Volkmer, C., Klein, J.A., & Pincegher, D. (2012). Incontinência Urinária e Sexualidade no cotidiano de mulheres em tratamento fisioterápico: uma abordagem qualitativa. *Saúde & Transformação Social*, 3 (4), 62-70, Florianópolis, ISSN 2178-7085.
- Vilarinho, S.M.C.S.(2010). *Funcionamento e Satisfação Sexual Feminina – Integração do afecto, variáveis cognitivas e aspectos biológicos e contextuais*, Universidade de Coimbra- Faculdade de Psicologica e de Ciências da Educação, Coimbra, acessado em 12 de fevereiro de 2014 em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18484/1/TESE.pdf>
- Volkmer C., Monticelli M., Reibnitz K.S., Brüggemann O.M. & Sperandio F.F.(2012). A iniciação da aprendizagem na assistência fisioterápica à mulher com incontinência urinária: dificuldades apresentadas pelos acadêmicos e propostas de superação. *Saúde & Transformações Sociais*, 2 (1), 96-107.
- World Health Organization. (2010). Blas E, Kurup A (Eds). Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: WHO, Acessado em 12 de janeiro de 2014 disponível em http://www.who.int/social_determinants/publications/prioritypublichealthconditions/en/index
- World Health Organization. (2011). Sexual and reproductive health, core competencies in primary care. Department of reproductive health and research.
- Yoshimura, N., Teruyuki, O., Mirorml, M., Takeya K., Akira F., Michael B. C. & Pradeep T., (2014). Neural Mechanisms Underlying Lower Urinary Tract Dysfunction, In *Korean J Urol.*, 55, 81-90, acessado em Março de 2014 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3935075/>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – GUIÃO DA ENTREVISTA

Guião da Entrevista

Caraterização Sociodemográfica:

Idade: _____ Habilitações Acadêmicas: _____ Profissão: _____

História Obstétrica e Ginecológica:

Gesta: _____ Para: _____ Tipo de Parto: _____

Início da Incontinência urinária: _____ meses: _____ anos

Tipo de incontinência urinária? IUE: _____ IUU: _____ IUE _____

Em que circunstâncias perde urina? _____

Qual a frequência da sua perda de urina? _____

Tratamento para a IU? _____

Outros dados:

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Exercício Físico: _____

Objetivo	Questões Orientadoras
Conhecer as vivências das mulheres com incontinência urinária relativamente à sexualidade;	Como tem vivenciado o processo de IU? Como sente o seu relacionamento sexual com o seu marido/companheiro desde a IU? Que alterações teve de fazer no seu dia a dia depois de começar a perder urina? O que sente quando perde urina? Caracterize a sua sexualidade depois de ter IU. Quais as

	mudanças que têm ocorrido na sua vida?
Identificar os constrangimentos das mulheres com Incontinência Urinária face à sexualidade;	<p>Descreva que tipo de constrangimentos sente quando perde urina?</p> <p>Que constrangimentos a IU provoca na vivência da sua sexualidade?</p>
Identificar as estratégias utilizadas e os recursos mobilizados pelas mulheres com Incontinência Urinária face à sexualidade.	<p>Descreva quais as estratégias que utiliza para lidar com a incontinência urinária:</p> <p>No seu dia-a-dia?</p> <p>Na intimidade?</p> <p>Como resolve ou procura resolver?</p> <p>Quais os recursos e apoios que tem tido ao longo deste processo?</p>

Gostaria de acrescentar algum aspecto e que não foi perguntado?

APÊNDICE 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO DAS PARTICIPANTES

Declaração de Consentimento Informado

Eu, Maria de La Salette Carvalho Costa Cruz, enfermeira especialista, pretendo desenvolver um trabalho no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, sobre as vivências da sexualidade de mulheres com IU, tendo como objetivos:

- Conhecer as implicações das mulheres com incontinência urinária relativamente à sexualidade;
- Identificar os constrangimentos das mulheres com Incontinência Urinária face à sexualidade;
- Identificar as estratégias utilizadas e os recursos mobilizados pelas mulheres com Incontinência Urinária face à sexualidade.

Perante os objetivos delineados, o estudo tem como finalidade: Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária e a melhoria dos cuidados de saúde/enfermagem no atendimento à mulher com esta patologia.

O estudo é dirigido a mulheres inscritas numa USF da zona Norte do país, com idade entre 20 e 50 anos e inscritas nas consultas de Planeamento Familiar da sua equipa de saúde.

Será solicitada a sua colaboração através da entrevista. Assim, pretende-se obter o seu consentimento para a colaboração nesta colheita de dados e na gravação da entrevista, de forma a concretizar os objetivos do estudo desenvolvimento.

Será garantida a confidencialidade dos dados.

Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente ao presente estudo. Serão destruídos todos os dados obtidos através das participantes, no final do estudo.

Os resultados obtidos do estudo, caso tenha interesse, serão colocados à sua disposição.

Percebi os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Concordo, voluntariamente, em participar neste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo.

Esposende, _____ de _____ de 2013

A Participante

(Assinatura)

*APÊNDICE 3 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO
ESTUDO*

Exmo Diretor da ARS Norte

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação

Maria de la Salete Carvalho Costa Cruz, enfermeira a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar Esposende Norte do Centro de Saúde deste concelho, membro da Ordem dos Enfermeiros nº4-E-20770, residente em Rua da Oliveira nº 25, 4750-621, Perelhal, estudante do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo sob a orientação da Professora/Doutora Cidália Amorim e co-orientadora Professora Augusta Delgado vem por este meio solicitar a V. Excelência que se digne autorizar a realização do estudo de investigação intitulada ***Implicações da Incontinência Urinária na sexualidade da Mulher*** e com a seguinte questão de investigação: Quais as implicações da incontinência urinária na sexualidade da mulher ?

Para responder de forma adequada à questão formulada foram traçados os seguintes **objetivos**: Perceber as implicações da IU na sexualidade das mulheres; Identificar os constrangimentos da IU na sexualidade das mulheres; Identificar as estratégias utilizadas e os recursos mobilizados.

Este estudo tem como **finalidade**: Contribuir para aumentar a qualidade de vida das mulheres com IU; Contribuir para que o casal vivencie a sexualidade de forma saudável, plena e prazerosa; Contribuir para a melhoria do atendimento da mulher com IU.

A investigadora compromete-se a apresentar os resultados da investigação produzida assim como manter a confidencialidade e o respeito pelos princípios éticos-legais que o estudo obriga respeitante aos participantes e à própria instituição.

Com os melhores cumprimentos

Atenciosamente

Esposende . data ____ 2013

(Maria de la Salete Carvalho Costa Cruz)

Pede deferimento

Exmo. Sr.Diretor Executivo do

ACES Cávado III Barcelos/ Esposende

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação

Maria de la Salete Carvalho Costa Cruz, enfermeira a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar Esposende Norte do Centro de Saúde deste concelho, membro da Ordem dos Enfermeiros nº4-E-20770, residente em Rua da Oliveira nº 25, 4750-621, Perelhal, estudante do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo sob a orientação da Professora/Doutora Cidália Amorim e co-orientadora Professora Augusta Delgado vem por este meio solicitar a V. Excelência que se digne autorizar a realização do estudo intitulado “***Implicações da Incontinência Urinária na sexualidade das mulheres***”

A **finalidade** deste estudo é fundamentalmente compreender as implicações da Incontinência Urinária na sexualidade da mulher.

A investigadora compromete-se a apresentar os resultados da investigação produzida assim como manter a confidencialidade e o respeito pelos princípios éticos-legais que o estudo obriga respeitante aos participantes e à própria instituição.

Com os melhores cumprimentos

Pede deferimento

Data ___ -2013

(Maria de la Salete Carvalho Costa Cruz)

Exmo Presidente da Comissão de Proteção de Dados

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação

Maria de la Salete Carvalho Costa Cruz, enfermeira a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar Esposende Norte do Centro de Saúde deste concelho, membro da Ordem dos Enfermeiros nº4-E-20770, residente em Rua da Oliveira nº 25, 4750-621, Perelhal, estudante do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo sob a orientação da Professora/Doutora Cidália Amorim e co-orientadora Professora Augusta Delgado vem por este meio solicitar a V. Excelência que se digne autorizar a realização do estudo de investigação intitulada ***Implicações da Incontinência Urinária na sexualidade da mulher***. Pretende-se com este estudo conhecer as implicações da Incontinência Urinária na sexualidade da mulher.

A investigadora compromete-se a apresentar os resultados da investigação produzida assim como manter a confidencialidade e o respeito pelos princípios éticos-legais que o estudo obriga respeitante aos participantes e à própria instituição.

Com os melhores cumprimentos

Data ____ -2013

(Maria de la Salete Carvalho Costa Cruz)

*APÊNDICE 4 – QUADROS MATRIZES DE REDUÇÃO DE DADOS AREA
TEMÁTICA*

AREA TEMÁTICA - Implicações da incontinência urinária na sexualidade da mulher

Categoria	Sub - categorias	Unidade de Análise
Dimensão Física	Diminuição da libido	<p><i>Agora tenho menos vontade que anteriormente dantes tinha mais vezes. E5</i></p> <p><i>(...) eu ultimamente não tenho muita vontade de “fazer”. Noto muitas vezes que até tenho de parar a relação sexual para ir à casa de banho, apesar de ter ido antes de iniciar. E14</i></p> <p><i>(...) dantes a minha sexualidade era normal agora desde que tenho IU é pior. Caso eu atinja um orgasmo ainda fico pior, sei que fico pior e por isso tenho falta de apetite sexual. E15</i></p> <p><i>(...)tenho a sensação que logo que começo tenho vontade de ir á casa de banho. Houve alturas depois de ter o meu 2º filho que não tinha vontade nenhuma. (...) Antigamente gostava, sentia orgasmos e prazer agora não. É diferente. E16</i></p> <p><i>(...) agora para atingir um orgasmo tenho mais dificuldade porque ás vezes tenho de mudar de posição e lá se vai a estimulação. Isso torna tudo diferente e isso quebra o prazer. O tempo para atingir um orgasmo é maior. Tenho menos vontade porque sei que que não me vou sentir bem em determinadas posições que eram praticadas e agora tenho que alterar. Antigamente sentia prazer em todas as posições e agora é só em algumas (...). E17</i></p>
	Diminuição do prazer	<p><i>Agora tenho menos vontade que anteriormente dantes tinha mais vezes. Caso o meu marido me “procurar” as coisas até acabam por acontecer e sinto prazer. E5</i></p> <p><i>Outras vezes tenho mesmo que parar a meio da relação para ir à casa de banho e isso diminui o prazer (...). E12</i></p> <p><i>Noto muitas vezes que até tenho de parar a relação sexual para ir à casa de banho, apesar de ter ido antes de iniciar e perco o prazer. E14</i></p> <p><i>(...) Antigamente gostava, sentia orgasmos e prazer agora não é diferente. E16</i></p>
	Dispareunia	<p><i>Muitas vezes tenho receio porque tenho muitas vezes dores no fundo da barriga e sangro de vez em quando ao ter relações.E5</i></p> <p><i>(...) sinto dores na bexiga ao ter relações parece que tenho sempre vontade de fazer xixi. E11</i></p> <p><i>(...) Fico com dores no fundo da barriga e ainda fico a urinar aos bocadinhos. E15</i></p> <p><i>(...) Antes não me importava de “fazer” [acto sexual] muitas vezes agora já não é igual. Agora não tenho muita vontade, às vezes dói-me um bocado. E16</i></p>
	Diminuição da sensibilidade vaginal	<p><i>É constrangedor estar a ter relações sexuais e não conseguir sentir os músculos vaginais. Não tenho sensibilidade.(...) não sinto o meu marido em determinadas posições. (...) basicamente a grande diferença é a nível da sensibilidade vaginal. E17</i></p>
	Maior sensibilidade	<p><i>(...) se o meu marido me toca dá-me logo vontade de urinar. Quando estou com o meu marido sinto logo vontade de urinar (...) até lhe digo para ele se</i></p>

	ao toque	<p><i>despachar que eu estou aflitinha (...). E12</i></p> <p><i>(...) Quando ele [marido] me toca eu tento evitar para não ter vontade de urinar. E15</i></p>
Dimensão emocional	Medo de perder urina no ato sexual	<p><i>Parece-me que está tudo igual embora, já tive de interromper a relação sexual para urinar. Nunca notei que perdesse urina durante o ato, tenho de parar porque tenho medo de perder, mesmo tendo urinado antes de ir para a cama. E9</i></p> <p><i>(...) parece que tenho sempre vontade de fazer xixi. Não se fica relaxada pelo menos eu não fico porque tinha sempre a ideia de que estava a perder urina. A minha cabeça não estava muito concentrada no acto em si, mas sim na preocupação em que a urina não saísse. E11</i></p> <p><i>Tenho a sensação que logo que começo tenho vontade de ir á casa de banho enho medo de perder urina. E16</i></p>
	Desinteresse	<p><i>(...) Quero dizer urino pouca quantidade e passada uma hora e já estou outra vez com vontade de urinar. Evito ter relações por causa do desconforto que sinto durante e depois da relação sexual. E15</i></p> <p><i>Antes (...) não me importava de “fazer” muitas vezes agora já não é igual. Se o meu marido me procura ás vezes depende da minha disposição. Tenho a sensação que logo que começo tenho vontade de ir á casa de banho por isso não tenho tanto interesse. E16</i></p>
	Vergonha	<p><i>Nunca perdi urina a ter relações sexuais mas, se acontece-se ficava envergonhada também nunca achei que tinha um problema. E3</i></p> <p><i>(...) Notei que uma ou duas vezes poderia ter perdido urina durante as relações sexual, apesar do meu marido saber que eu tinha esse problema, fico envergonhada. E4</i></p> <p><i>(...) O meu marido quando acontece ele diz[então já estás velha ou não te sentes], isso incomoda-me um pouco, fica-se envergonhada. E5</i></p> <p><i>Apesar de fazer os exercícios de apertar a vagina e de parar a meio quando estou a urinar ainda continua a perder. Fico com vergonha. E9</i></p>
	Submissão na relação	<p><i>Há 1 ano a esta parte que não tenho tanta vontade em ter relações (...) se ele insistir um pouco até corre tudo bem mas eu não procuro nunca o meu marido. Se eu disser que não quero ele respeita mas também não podemos dizer sempre que não. E1</i></p>

AREA TEMÁTICA - Constrangimentos referidos pelas mulheres com Incontinência Urinária

Categoria	Sub-Categoria	Unidade de Análise
Desconforto	Odor da urina	<p><i>Noto o meu cheiro quando tenho perdas e nessa altura tenho de mudar o penso diário. E2</i></p> <p><i>Noto o meu cheiro quando tenho perda. E3</i></p> <p><i>Sinto-me incomodada pelo cheiro e por ficar molhada. Não é nada confortável estar húmida. E6</i></p> <p><i>(...) constrangida por estar húmida. E10</i></p> <p><i>Já aconteceu que uma vez tive de trocar a roupa. Estava na rua e fiz xixi sem mais nem menos acabei por fazer na roupa, até tive de comprar umas cuecas. E14</i></p> <p><i>(...) tenho mau cheiro (...) fico húmida por muito que me lave.....(pensativa) E15</i></p> <p><i>(...) Às vezes fico húmida e tenho que mudar de roupa para não cheirar e me sentir melhor. (...) já pensei em colocar um penso higiénico daqueles pequeninos para me sentir mais protegida. Eu tenho colegas que já usam. E16</i></p>
	Húmidade	<p><i>No dia a dia sinto-me incomodada, por perder urina, ficar húmida. E1</i></p> <p><i>(...) fico incomodada porque se fica molhada todo o dia. E5</i></p> <p><i>É muito desconfortável estar muitas vezes molhada. E12</i></p> <p><i>(...) fico desconfortável por perder urina. E15</i></p> <p><i>(...) nunca estás à vontade contigo mesma, e ainda ter que trocar a roupa para não ficar molhada. Fica-se desconfortável E17</i></p>
Tristeza		<p><i>(...) Pode acontecer a qualquer hora do dia desde que tenha tosse independente de ter a bexiga cheia ou não. Isto só acontece de vez em quando. Quando acontece fico (...)como vou dizer(...) triste e desiludida. E16</i></p> <p><i>(...) O meu marido já sabe. Ele nunca viu mas eu sentia-me constrangida, triste. E11</i></p>
Evitamento das interações sociais		<p><i>Os constrangimentos que sentiam normalmente tinham a ver com eu não poder colocar penso diário principalmente quando ia á praia. E4</i></p> <p><i>Tenho a sensação de não poder ir a lado nenhum sem ter que levar um penso para não ficar com as calças molhadas. E17</i></p>

AREA TEMÁTICA - Estratégias mobilizadas pelas mulheres com IU

Categoria	Sub - Categorias	Unidade de Análise
Utilização de pensos absorrentes		<p><i>Tenho de andar com pensos diários sempre. Por vezes tenho que trocar ao longo do dia. Antes do período é mais frequente acontecer. E1</i></p> <p><i>(...) Necessitava usar pensos diários mas durante o dia não precisava de trocar era apenas para me proteger, só acontecia às vezes e nessa altura tenho de mudar o penso diário (...). E3</i></p> <p><i>Colocava um penso diário. Por vezes necessitava de mudar o penso diário 2 ou 3 vezes num dia. No meu dia-a-dia não alterei nada apenas colocava um penso diário que normalmente dantes não usava. (...). E4</i></p> <p><i>Uso um penso diário para me proteger tenho sempre de o colocar. E5</i></p> <p><i>(...) necessito de usar penso absorvente o penso diário não chega (...). E6</i></p> <p><i>(...) tenho sempre que colocar penso diário e troco 2 vezes ao dia (...). E7</i></p> <p><i>(...) tenho de colocar proteção diária na cueca (...) Preciso de por um pensinho diário para me sentir mais segura. E8</i></p> <p><i>(...) necessitava de colocar um penso diário (...). E9</i></p> <p><i>(...) para me proteger uso penso diário (...) Quando perco urina tenho necessidade de trocar o penso diário, o que não acontece todos os dias (...). E10</i></p> <p><i>(...) Às vezes precisava de usar penso porque se caísse umas pinguinhas eu molhava-me toda (...). E12</i></p> <p><i>(...) sempre que vou viajar tenho de colocar um penso diário para ficar mais protegida (...). E14</i></p> <p><i>(...) uso sempre um penso diário para me proteger. E15</i></p> <p><i>(...) pensei em colocar um penso higiénico daqueles pequeninos para me sentir mais protegida.(...). E1</i></p>
Utilização de Roupas escuras		<p><i>(...) No dia a dia sinto-me incomodada principalmente no verão em que uso roupa mais fina e roupa clara. E2</i></p> <p><i>(...) Se for muita a perda de urina tenho de trocar a roupa e por esse motivo fico desconfortável. E5</i></p> <p><i>(...) tive de trocar a roupa toda (...). E8</i></p>
Reabilitação do assoalho pélvico	Treino vesical	<p><i>(...) Tento também não deixar a bexiga encher muito, urino várias vezes ao longo do dia. (...). E2</i></p> <p><i>Tento urinar de 3 em 3 horas mesmo que não tivesse vontade (...). E7</i></p> <p><i>(...) fazer os exercícios de apertar a vagina e de parar a meio quando estou a urinar (...). E9</i></p> <p><i>(...) tinha por hábito parar a micção mas deixei de o fazer (...). E10</i></p> <p><i>(...) se fosse durante o dia eu prevenia-me (vou á casa de banho de hora a hora) á noite como estou a dormir já não vou e por isso perco a urina. (...). E11</i></p> <p><i>(...) numa manhã vou pelo menos 4 vezes(...) tenho que ir mais vezes à casa de banho e faço menos quantidade (...). E13</i></p>

	Esvaziamento vesical	<p>(...) eu tenho medo de urinar, por isso tenho o cuidado de despejar a bexiga antes de ir para a cama (...). E1</p> <p>(...)Tenho sempre que esvaziar a bexiga antes de ter relações para evitar interromper o ato sexual. Tento também não deixar a bexiga encher muito, urino várias vezes ao longo do dia. E2</p> <p>(...)Tenho sempre o cuidado de urinar antes de ir dormir para nunca me acontecer surpresas. E6</p>
	Exercício Físico	<p>(...) Faço exercício físico duas vezes por semana. Depois de 3 meses a fazer ginástica a IU desapareceu. A ginástica por si só não achei que fosse suficiente mas neste momento já não perco urina (...). E3</p> <p>(...) Li alguma coisas sobre o assunto da IU e depois comecei a fazer exercício físico (caminhadas, passeadeira). Noto que neste momento já estou muito melhor. E4</p>
	Exercícios de Keguel	<p>(...) Comecei logo a contrair a vagina e os meus músculos não ficaram flácidos (...) não consegui parar o jacto urinário hoje com os exercícios já consigo e faço sempre (...) não despejo a bexiga de uma só vez, paro a meio (...). E3</p> <p>Normalmente paro quando estou a urinar e já estou melhor, faço ainda os exercicios vaginiais pelo menos umas 5 vezes ao dia (...) Agora se for á casa de banho já consigo travar mas se tiver muito aflita ainda não consigo (...). E17</p>
Diálogo com cônjuge		<p>(...)o meu marido tem conhecimento sobre esse problema e sabe que poderá acontecer algum dia. Num relacionamento a dois e depois de tantos anos juntos o constrangimento seria relativo e desvalorizado. E2</p> <p>Ao fim de algum tempo achei que devia conversar com o meu marido sobre o assunto [IU] e foi isso que fiz, ele entendeu perfeitamente e apoia-me incondicionalmente. E4</p> <p>Passado alguns anos tive necessidade de contar ao meu marido o que se passava comigo para caso perde-se urina ele saber e não ficar espantado. E6</p> <p>Já senti necessidade de falar com o meu marido sobre o assunto. E9</p> <p>(...) O meu marido já sabe temos um relacionamento aberto e eu sinto necessidade de lhe contar as coisas (...). E11</p> <p>Já falei com o meu marido e ele entendeu. E14</p>
Procura de Profissional de Saúde		<p>Fui a uma consulta de enfermagem à minha enfermeira e ela falou-me sobre o assunto e eu comecei a fazer o que ela disse(...). E3</p> <p>(...) falei disso ao médico, achei que não podia fazer nada para melhorar mas ensinou-me a fazer algumas coisas para melhorar(...). E7</p> <p>Só agora é que decidi falar sobre o assunto ao meu médico e enfermeira. E fui encaminhada para ser operada, podia ter ido mais cedo. E6</p> <p>Já tinha pensado em falar com o médico para ver as possibilidades de melhorar mas ainda não o fiz. E9</p>

ANEXOS

ANEXO 1- AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

003503

*Conselho C. Saúde:
é de autorização
para de investigação
debe que aprova para
a. Elvira e P. Cecília
da PDS*

*As CTS,
02.02.2013
Francisco Pereira
Diretor Executivo
Exmo. Sr. Diretor Executivo do C. Saúde da PDS*

*Concordo com a
autorização.
Junção a malha
de saúde, desde que
seja validado pelo
C. Saúde da PDS
02.02.2013*

APROVADO
Maria de la Salette Carvalho Costa Cruz, enfermeira a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar - Esposende Maré do Centro de Saúde deste concelho.

Unidade de Saúde Familiar - Esposende Maré do Centro de Saúde deste concelho, membro da Ordem dos Enfermeiros nº4-E-20/70, residente em Rua da Oliveira nº 25, 4750-621, Percehal, estudante do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo sob a orientação da Professora/Doutora Cécilia Amorim e co-orientadora Professora Augusta Delgado vem por este meio solicitar a V. Excelência que se digno autorizar a realização do estudo de investigação e problemática intitulada *Incontinência Urinária pós-parto e a actividade sexual da mulher* e com a seguinte questão de investigação *será que as mulheres com incontinência Urinária pós-parto tem alterações da actividade sexual?*

O Objectivo deste estudo é fundamentalmente compreender a influência da Incontinência Urinária pós-parto na sexualidade da mulher.

A Investigadora compromete-se a apresentar os resultados da investigação produzida assim como manter a confidencialidade e o respeito pelos princípios ético-legais que o estudo obriga respeitante aos participantes e à própria instituição.

Com os melhores cumprimentos
Atenciosamente

Esposende 27 de Junho de 2013

Maria de la Salette Carvalho Costa Cruz
(Maria de la Salette Carvalho Costa Cruz)

Pede deferimento

Maria de la Salette Carvalho Costa Cruz

Esposende, 24 de Junho de 2013



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, L.P.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, L.P.
REGISTRADO NA AGTA N.º 12
REUNIÃO DE 10.03.2014

DELIBERADO AUTORIZAR

29/1/2014

COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER N.º 7 DATA: 4 Fev 2014

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer N.º 9/2014

Dr. Catarina F. Gomes
Presidente C. D.

Dr. Patrícia Oliveira
Vogal C. D.

Rui Cerveiras
Vogal C. D.

Rui Cerveiras
Vogal C. D.

José Carlos Pedro
Vogal C. D.

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer n.º 9/2014 (sobre o estudo: "Incontinência urinária pós parto e atividade sexual na mulher"), aprovado na reunião do dia 7 de Janeiro de 2014, por unanimidade.

A Consideração Superior

Doc Irda Neves
Assessora CESAUC





AUTORIZAÇÃO N.º 7458 /2013

I. Do Pedido

Maria de La Salette Carvalho Cruz Costa, no âmbito da sua Dissertação de Mestrado, notificou à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo observacional sobre a incontinência urinária pós-parto e a atividade sexual da mulher.

A amostra do estudo será constituída por utentes da Unidade de Saúde Familiar do ACES Cávado III, que pariram em 2010, 2011 e 2012 e frequentam as consultas de planeamento familiar no seu médico de família. A seleção das participantes será realizada por funcionários da unidade de saúde, contactando as mulheres que foram mães em 2010, 2011 e 2012 e explicando que a unidade de saúde realizará este estudo. As mulheres que se mostrem interessadas em participar serão contactadas pela investigadora, que verificará se estão observados os critérios de inclusão no estudo. Estima-se a participação de aproximadamente dez mulheres, às quais a investigadora solicitará consentimento informado, cuja declaração conservará em local de acesso reservado.

A participação no estudo consiste na realização de uma entrevista pela investigadora principal às participantes.

Os dados serão recolhidos num caderno de recolha de dados em formato de papel.

No "caderno de recolha de dados" não há identificação nominal do titular, sendo aposto um código de participante. A chave desta codificação só será conhecida da investigadora.

As destinatárias serão ainda informadas sobre a natureza facultativa da sua participação e será garantida confidencialidade no tratamento.



II. Da Análise

A CNPD já se pronunciou na sua Deliberação n.º 227/2007 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios orientadores para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro (Lei de Protecção de Dados – LPD), bem como as condições gerais aplicáveis ao tratamento de dados pessoais para esta finalidade.

No caso em apreço, a notificação enquadra-se no âmbito tipificado por aquela Deliberação.

O fundamento de legitimidade é o consentimento expresso do titular dos dados.

A informação tratada é recolhida de forma lícita (cfr. alínea a) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cfr. alínea b) do mesmo artigo) e não é excessiva.

Alerta-se a investigadora para a necessidade de indicar, no texto da declaração de consentimento informado, um contacto através do qual as participantes possam exercer o seu direito de acesso e de oposição, nos termos dos artigos 10.º, 11.º e 12.º da LPD.

III. Da Conclusão

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, n.º 1 do artigo 27.º, alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e artigo 30.º da LPD, com as condições e limites fixados na referida Deliberação n.º 227/2007, que se dão aqui por reproduzidos e que fundamentam esta decisão, autoriza-se o tratamento de dados supra referido, para a elaboração do presente estudo.

Termos do tratamento:

Responsável pelo tratamento: Maria de La Salette Carvalho Cruz Costa



Finalidade: Estudo observacional sobre a incontinência urinária pós-parto e a atividade sexual da mulher.

Categoria de Dados pessoais tratados: código de participante, dados sociodemográficos (idade, género, escolaridade), dados da gravidez, tipo de parto, tratamento médico da incontinência urinária, modo como lida com a doença, impacto da doença na rotina diária e na vida sexual.

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

Formas de exercício do direito de acesso e retificação: Junto da investigadora.

Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferências de dados para países terceiros: Não há.

Prazo de conservação: A chave de codificação dos dados deve ser destruída um mês após a defesa da tese.

Dos termos e condições fixados na presente Autorização decorrem obrigações que o responsável deve cumprir. Deve, igualmente, dar conhecimento dessas condições a todos os intervenientes no circuito de informação.

Lisboa, 29 de outubro de 2013

Helena Delgado António (Relator), Luís Barroso, Ana Roque, Vasco Almeida, Luís Paiva de Andrade

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Filipa', is written over a horizontal line.

Filipa Calvão (Presidente)

