

Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos

Female urinary incontinence:
a systematic review of qualitative studies

Cilene Volkmer ¹
Marisa Monticelli ²
Kenya Schmidt Reibnitz ²
Odaléa Maria Brüggemann ²
Fabiana Flores Sperandio ³

Abstract *Urinary incontinence has broad repercussions on female daily life. The objective of this study was to conduct a systematic review seeking to analyze results of qualitative research concerning female urinary incontinence published prior to 2009. After an electronic search, 53 research reports were identified with 30 fulfilling the exclusion and inclusion criteria. After classification according to the Critical Appraisal Skills Program, 13 constituted the analytical body for review. The data were synthesized according to the meta-ethnographical approach through reciprocal translation. Two categories emerged: life experiences among incontinent women; and proposals for care models for incontinent women. The restructuring of one's personal life metacategory points to individual adjustments necessary for dealing with the problem. In essence, the results reveal the option of the majority of women facing the loss of urine "silently" and point to the need for professionals to understand family perceptions in order to better comprehend the personal, family, and social implications involved in female urinary incontinence.*

Key words *Urinary incontinence, Women's health, Female literature review as a qualitative research topic*

Resumo *A Incontinência Urinária repercute amplamente no viver feminino. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática envolvendo os resultados das pesquisas com abordagem qualitativa publicadas sobre incontinência urinária feminina, até o ano de 2009. Após busca eletrônica, 53 relatos de pesquisa foram identificados e 30 atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Estes estudos foram avaliados e classificados segundo o Critical Appraisal Skills Programme, sendo que 13 constituíram o corpus analítico da revisão. Os dados foram sintetizados pela abordagem metaetnográfica, através do processo de interpretação denominado "reciprocal translation". Duas categorias emergiram dos estudos: experiências de vida de mulheres incontinentes e proposta de modelos para assistência a mulheres incontinentes. A metacategoria reestruturação da vida pessoal aponta para os ajustes individuais necessários para lidar com o problema. Em síntese, os resultados demonstram a opção da maioria das mulheres em enfrentar a perda de urina "silenciosamente" e apontam para a necessidade de conhecermos as percepções da família e profissionais envolvidos, para melhor compreensão das implicações pessoais, familiares e sociais da incontinência urinária feminina.*

Palavras-chave *Incontinência urinária, Saúde da mulher, Feminina, Literatura de revisão como assunto, Pesquisa qualitativa*

¹ Curso de Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Rua Presidente Coutinho 579/607, Centro. 88015-231 Florianópolis SC. cilenev@gmail.com
² Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.
³ Curso de Fisioterapia, Universidade do Estado de Santa Catarina.

Introdução

A Incontinência Urinária (IU) feminina, na atualidade, tem suscitado interesse redobrado dos profissionais da saúde, em decorrência dos múltiplos fatores e consequências relacionadas a essa condição. Independente do tipo de IU apresentado, os profissionais que atuam na atenção à saúde da mulher, assim como os que pesquisam o tema, têm se preocupado em incrementar a qualidade de vida das mulheres incontinentes, face às repercussões sociais que esta condição acarreta no viver feminino de forma ampla, embarçando seu desempenho no trabalho, na vida doméstica e nas relações afetivas e sexuais. Diante de tal contexto, acreditamos que o conhecimento sobre o estado da arte das produções científicas relacionadas à IU pode instrumentalizar pesquisadores e profissionais a auxiliarem mulheres que sofrem perda urinária.

As publicações científicas nacionais e internacionais sobre IU feminina têm sido relativamente frequentes nas últimas décadas, inclusive sob forma de revisões de literatura, entretanto, a imensa maioria aborda e analisa estudos quantitativos, por meio de revisões sistemáticas aprofundadas¹⁻¹⁰, ou mesmo não sistemáticas¹¹⁻²⁴. Tais revisões incluem estudos conduzidos com abordagens quantitativas variadas e por diferentes profissionais ligados à área da saúde, como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos e educadores físicos.

Os estudos quantitativos buscam o rigor da reprodutibilidade dos resultados através da mensuração e quantificação das variáveis, mas restringem a realidade, principalmente por não almejarem a compreensão dos fenômenos sociais²⁵. Esta, contudo, é imprescindível para colocar em foco as subjetividades que são inerentes aos processos de interação e significação social, portanto, diante do objeto que aqui se estrutura, para compreender as perspectivas da IU sob o ângulo das próprias mulheres incontinentes.

Ao realizarmos levantamento minucioso sobre revisões sistemáticas qualitativas envolvendo IU feminina, observamos a publicação de três estudos. Um deles foi identificado pelos autores como “qualitative review of the literature”²⁶, mas a leitura do artigo, na íntegra, revela uma revisão de estudos quantitativos, realizados em 5 países da Europa, que enfatizaram aspectos epidemiológicos de ensaios clínicos. A segunda revisão, realizada por Sublett²⁶, trata-se de avaliação sistemática qualitativa, porém, analisa e compara apenas duas pesquisas qualitativas sobre IU fe-

minina. A terceira, a única publicação brasileira, e a mais completa, realizada por Higa et al.²⁷, abordou especificamente os significados psicoculturais da IU feminina. Os autores identificaram e analisaram a literatura em saúde que abordava as vivências de idosos incontinentes, principalmente mulheres, através da narrativa dos participantes. Nesta revisão sistemática qualitativa sobre IU feminina foram analisados três artigos qualitativos que investigavam narrativa de homens e mulheres e dois quantitativos, além de um que investigava promoção da continência em idosos hospitalizados. Os artigos foram selecionados por opção metodológica dos autores, não seguindo, portanto, protocolo sistematizado de avaliação crítica. Além disso, não abrangeu os periódicos da área de fisioterapia. Como foi publicada em 2008, não considerou no corpus analítico as publicações qualitativas de 2008 e 2009.

Assim, justifica-se o presente estudo, que está pautado pela seguinte pergunta: quais os resultados obtidos nas pesquisas qualitativas publicadas sobre a IU feminina? O objetivo foi realizar uma revisão sistemática envolvendo essa questão.

Abordagem metodológica

Foi realizada revisão sistemática com o intuito de sintetizar estudos qualitativos, sendo esta proposta considerada uma metaetnografia, de acordo com Noblit e Hare²⁸. O estudo foi elaborado na tentativa de desenvolver uma forma indutiva e interpretativa da síntese do conhecimento na área de interesse e seguiu as três fases utilizadas por Espíndola e Blay²⁹: revisão sistemática da literatura, análise crítica dos artigos selecionados e metassíntese.

A investigação pormenorizada foi realizada nas seguintes bases de dados: Medline e Cinahl (via PubMed e EBSCO), Lilacs, BDENF, ISI Web of Knowledge e Scopus. Além destas ferramentas de busca, também foram explorados os periódicos indexados e disponibilizados no SciELO (Scientific Electronic Library Online) e no Portal da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), incluindo também os portais de acesso de Revistas Nacionais e Internacionais que publicam estudos qualitativos.

Os critérios utilizados para realizar a busca online envolveram o descritor de assunto incontinência urinária/urinary incontinence/incontinência urinaria, associado às palavras feminina/female/femenina, pesquisa/research/investigación, estudo/study/estudio, qualitativa/qualitative/

qualitativa. A busca também foi realizada com as palavras incontinência e urinária, separadamente, associadas às palavras citadas acima.

Com a finalidade de selecionar os estudos, foram empregados os seguintes critérios de inclusão: artigos de periódicos que abordaram relatos de pesquisa com metodologia qualitativa relacionados à IU feminina, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, e englobando publicações existentes até o ano de 2009. Foram excluídos: os estudos com abordagem quantitativa ou abordagem mista (quantitativa-qualitativa); aqueles que não eram relatos de pesquisa; os que abordavam IU feminina associada à incontinência fecal, à IU masculina ou à IU infantil, além da IU feminina associada a outras patologias ou aos períodos pré, peri e pós-natal. Esta última condição justifica-se pelo fato de que a IU, nestes períodos, pode ser considerado um fenômeno transitório na vida da mulher. Além disso, foram excluídos capítulos de livros, assim como teses ou dissertações sobre o tema.

Para a avaliação dos estudos qualitativos foi utilizado o “checklist” proposto pelo “Critical Appraisal Skills Programme” (CASP), uma vez que o mesmo auxilia na análise crítica de relatos de pesquisa qualitativas, quanto ao rigor, credibilidade e relevância²⁹⁻³¹. Este documento apresenta 10 itens que conduzem o avaliador a pensar de forma sistemática sobre as questões a serem analisadas. Após cada estudo ter sido filtrado pelo “checklist”, foi classificado em 2 categorias (A e B), sendo que na categoria A entraram os estudos com pequeno viés de risco, uma vez que preencheu ao menos nove destes dez itens: 1) objetivo claro e justificado. 2) desenho metodológico apropriado aos objetivos. 3) procedimentos metodológicos apresentados e discutidos. 4) seleção intencional da amostra. 5) coleta de dados descrita, instrumentos e processo de saturação explicitados. 6) relação entre pesquisador e pesquisado. 7) cuidados éticos. 8) análise densa e fundamentada. 9) resultados apresentados e discutidos, apontando o aspecto da credibilidade e uso da triangulação. 10) descrição sobre as contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como, suas limitações²⁹; e na categoria B, os estudos com viés de risco moderado, ou seja, quando pelo menos 5 dos 10 itens foram atendidos, contemplando, pois, apenas parcialmente os critérios adotados²⁹.

Para Noblit e Hare²⁸, o termo metaetnografia representa a síntese da pesquisa interpretativa, que deve ser escrita pelo desejo de construir adequadas explicações sobre estudos interpretativos. Os

autores enfatizam que, no paradigma interpretativo, qualquer interpretação, metáfora ou tradução é apenas uma possível leitura do que foi apreendido dos estudos, mostrando que este processo é uma tentativa de dar o significado do objeto de estudo, almejando trazer à luz um princípio fundamental da coerência do significado.

A abordagem metaetnográfica é uma forma de comparação sistemática e envolve a ressignificação (termo proposto por Espíndola e Blay²⁹ para a expressão *translation*) dos resultados dos estudos em um outro estudo. Na etapa de análise dos estudos classificados foi utilizada a proposta de Noblit e Hare²⁸, que contempla as seguintes fases: 1) identificar a área de interesse e definir a pergunta da pesquisa bibliográfica, usando estratégias de busca para seleção dos estudos; 2) descobrir o que é relevante para o estudo e decidir quais critérios serão utilizados para atingir o objetivo da metassíntese; 3) conhecer os estudos selecionados, mediante leitura e releitura dos mesmos; 4) estabelecer a relação entre os estudos e elaborar um pressuposto inicial; 5) tratar os relatos como analogias, buscando comparação entre semelhanças ou diferenças; 6) sintetizar os resultados, realizando transferências ou ressignificações; e 7) expressar o resultado da síntese da forma mais conveniente. É importante salientar que essas sete fases se sobrepõem e podem ser realizadas paralelamente.

A abordagem metaetnográfica deste estudo procurou sintetizar o âmago das pesquisas qualitativas analisadas através da indução e interpretação, realizando uma tradução por reciprocidade (“*reciprocal translation*”)²⁸, ou seja, quando os estudos analisados apresentavam similaridades. Esta escolha auxiliou no processo de compreensão e transferência de conceitos e ideias encontrados nos diversos estudos, capturando a especificidade de cada um e culminando na redução dos relatos, preservando o significado dos mesmos em uma nova interpretação.

A busca eletrônica foi finalizada em dezembro de 2009 e resultou na identificação de 53 relatos de pesquisa, que foram selecionados primeiramente pelo título, em seguida, pela leitura do resumo e, então, pela leitura do texto na íntegra. Após esta etapa inicial, observamos que 30 estudos atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. A segunda etapa do processo consistiu na avaliação da qualidade destes 30 estudos, mediante a utilização do “checklist” citado anteriormente e da classificação em categorias. Como resultado desta última etapa, obtivemos dois estudos classificados como A e onze como B, tota-

lizando, portanto, o corpus analítico de treze estudos qualitativos.

Resultados

Os treze estudos analisados pelo CASP³⁰ estão listados no Quadro 1, caracterizados por autor e ano, país de origem do estudo, participantes, idade dos participantes, foco de interesse dos estudos, método/técnica de coleta de dados e a classificação segundo o CASP.

Em relação à fundamentação teórica, a maioria dos estudos esteve embasada na Antropologia (cinco) e no referencial da Qualidade de Vida (quatro). Os outros estudos fundamentaram-se na Fenomenologia (três) e em padrões culturais, sociais e históricos implicados nos significados da IU (um).

Quanto aos países de origem, dos treze estudos qualitativos sobre IU feminina, a maioria foi realizada nos E.U.A. (cinco) e Suécia (quatro) e, ainda, em relação à origem, pode-se ressaltar duas desenvolvidas no Brasil, com publicação em 2007

Quadro 1. Pesquisas qualitativas sobre IU feminina, publicadas até 2009 (N=13).

Autor/Ano	País	Participantes	Idade	Foco de interesse dos estudos	Método/técnica coleta de dados	Classificação segundo o CASP
Anderson et al. ³²	Suécia	14 mulheres (com experiência própria de IU ou de outras pessoas)	30 até acima de 80 anos	Percepções de mulheres que vivem uma cultura diferente daquela de origem	Grupo focal	A
Basu e Duckett ³³	Reino Unido	17 mulheres (com problemas urinários recorrentes ou persistentes após cirurgia)	33 a 76 anos	Barreiras para busca de tratamento	Grounded Theory /Entrevista não estruturada	B
Zeznock et al. ³⁴	E.U.A	17 mulheres (com perda urinária involuntária ou acidental definida como um problema)	33 a 86 anos	Experiência de mulheres incontinentes que vivem na “Última Fronteira” (Alaska)	Entrevista não estruturada	B
Anderson et al. ³⁵	Suécia	11 mulheres (com IU, mas que não desejavam tratamento)	66 a 89 anos	Experiências de vida de idosas incontinentes	Entrevista semiestruturada	B
Borba et al. ³⁶	Brasil	6 mulheres (com perda urinária de, pelo menos, 1 x na semana)	39 a 73 anos	Significados de “Ter” IU e “Ser” incontinente	Entrevista semiestruturada	B
Bradway e Strumpf ³⁷	E.U.A	17 mulheres (que procuraram ou não tratamento para IU)	Idade média: Grupo 1 = 71 anos Grupo 2 = 46,3 anos	Busca de tratamento e IU a longo prazo	Entrevistas	A
Abreu et al. ³⁸	Brasil	12 mulheres (que participaram de estudo prévio e realizaram fisioterapia)	61 a 83 anos	Qualidade de vida de idosas incontinentes	Entrevista semiestruturada	B

continua

e 2008. A maioria das pesquisas foi publicada nos últimos cinco anos, com exceção de um artigo, em 1991, fato que indica uma produção de literatura na área de interesse bastante atual.

Dos pesquisadores envolvidos nos estudos, a maioria era da área de enfermagem (seis), com destaque para uma enfermeira americana, responsável por três pesquisas, ainda com participação em outro estudo, e duas enfermeiras suecas, com duas pesquisas cada uma; além disso, dois estudos foram conduzidos por médicos uroginecologistas e um foi desenvolvido por uma fisioterapeuta brasileira. Quanto aos informantes, os estudos incluíram uma amostra diversificada em relação à faixa etária e situações vivenciadas pelas mulheres, no que diz respeito à IU.

Os estudos selecionados mostraram as experiências de vida das mulheres incontinentes em

países da Europa e América, em várias fases do ciclo de vida (adultas jovens, adultas e idosas) e em diferenciadas situações culturais, que buscaram ou não cuidado profissional para a situação vivenciada.

A maioria dos estudos analisados buscou compreender a situação das mulheres que apresentavam perda urinária, através de caminhos diferenciados, descrevendo vivências, explorando opiniões ou iluminando reflexões sobre a questão da IU feminina, segundo a compreensão das próprias mulheres, enquanto outros estudos buscaram desenvolver ou apontar modelos de assistência às mulheres incontinentes. Os resultados dos treze estudos qualitativos foram estruturados em duas categorias: experiências de vida de mulheres incontinentes e proposta de modelos para assistência a mulheres incontinentes.

Quadro 1. continuação

Autor/Ano	País	Participantes	Idade	Foco de interesse dos estudos	Método/técnica coleta de dados	Classificação segundo o CASP
Doshani et al. ³⁹	Reino Unido	24 mulheres (que participavam de grupos pré-existent de mulheres e o estado de continência não era conhecido)	Grupo 1: de 30 a 60 Grupo 2: de 60 a 85 anos	Vivência de mulheres incontinentes em uma cultura diferente daquela de origem	Grupo focal	B
Hägglund e Ahlström ⁴⁰	Suécia	14 mulheres (que participaram de estudo prévio, tendo procurado ou não tratamento)	34 a 52 anos	Experiências de vida com IU à longo prazo	Entrevista	B
Hägglund e Wadensten ⁴¹	Suécia	13 mulheres (que haviam participado de estudo prévio de coorte de base populacional)	37 a 52 anos	Fatores limitantes para a busca de tratamento para IU	Entrevista	B
Bradway e Barg ⁴²	E.U.A	17 mulheres (com IU há mais de 5 anos)	28 a 86 anos	Papel de um modelo cultural na definição de experiências com IU	Entrevistas semiestruturadas e análise documental	B
Bradway ⁴³	E.U.A	17 mulheres (com IU há mais de 5 anos)	28 a 86 anos	Narrativas de mulheres incontinentes à longo prazo	Entrevista semiestruturada	B
Dowd ⁴⁴	E.U.A	7 mulheres (com tempo de IU variando entre 1 1/2 ano e 50 anos)	58 a 79 anos	Experiência de mulheres idosas com IU	Entrevistas	B

Experiências de vida de mulheres incontinentes

As experiências de vida das mulheres participantes dos estudos foram organizadas em três subcategorias: dificuldades encontradas para lidar com a IU (sentimentos negativos, subestimação do problema, concepções sobre as causas da IU, acesso ao cuidado profissional, descrença nos tratamentos disponíveis, diferenças culturais e limitações causadas pela IU), ciclo experiencial e modos de enfrentamento (autogestão da IU, busca de apoio profissional, pensamentos positivos e processo de vitimização).

Dificuldades encontradas para lidar com a IU

A síntese dos estudos analisados levantou a questão das dificuldades que as mulheres com IU encontram no dia-a-dia, demonstrando que este assunto assinalou de maneira acentuada as vivências das participantes e as discussões dos pesquisadores, em diferentes países e cenários de pesquisa.

Sentimentos negativos – os sentimentos mais recorrentes foram vergonha, embaraço, constrangimento, sensação de voltar à infância e medo de exalar cheiro de urina. O constrangimento e a vergonha foram citados pelas mulheres devido ao fato das mesmas sofrerem perda urinária em locais ou momentos impróprios e à necessidade de abordar esta situação com outras pessoas, principalmente médicos ou membros da família do sexo masculino^{32,35,39}.

“Mulheres em todos os grupos focais comumente relataram sentirem-se envergonhadas quando consultavam o médico por razões pessoais, tais como incontinência. [...], principalmente pelo gênero do médico e pela natureza sensível do problema [...]”³⁹.

“Quando a urina flui [...] é como voltar à infância”³⁵.

“[...] embaraçoso se espirar em frente a um homem [...]. Se for um médico então, pedimos por outro do sexo feminino. Nós ficamos envergonhadas”³².

Subestimação do problema – o entendimento de que a IU não era um problema importante foi associado à presença de outras queixas e doenças das mulheres, consideradas mais severas, e que necessitavam de acompanhamento profissional, enquanto o impacto da IU era frequentemente minimizado^{33,35,39}.

“Eu vou lá para falar sobre meus comprimidos para pressão arterial e falar sobre minha bexiga simplesmente parece irrelevante”³³.

“[...] a maioria achava que os sintomas não eram tão importantes para solicitar uma consulta com o clínico geral (ou médico de família), mesmo se elas estavam consultando seu médico por causa de outro sintoma [...]”³⁹.

Concepções sobre as causas da IU – os estudos demonstraram que as mulheres apresentavam ideias pré-concebidas a respeito dos fatores que poderiam levar à IU, como o envelhecimento e a inevitável perda do controle urinário, o aumento da frequência urinária e a noctúria, além do enfraquecimento corporal causado pela idade, pelo número de gestações e por partos em idade precoce. Acreditavam ser este processo parte da vida de todas as mulheres^{32,33,35,39}.

“As mulheres acreditavam que a razão para o desenvolvimento de IU é que o corpo se torna relaxado (isto é, se enfraquece) com o aumento da idade e depois de vários partos”³².

“Elas equiparavam envelhecimento com a bexiga tornar-se ‘cansada’ e ‘fraca’ [...]”³³.

“Eu acho que [...] isto também é parte da vida”³⁵.

Acesso ao cuidado profissional – os estudos demonstraram a dificuldade das mulheres, tanto em acessar o sistema de saúde, quanto os profissionais especializados no cuidado à mulher incontinente, principalmente médicos. Uma das dificuldades relatadas foi o medo de não serem levadas à sério se procurassem ajuda para a perda de urina e de que o médico responsável poderia “suavizar” o problema; outra dificuldade apontada foi o fato de que os profissionais não são diretos ao abordar o assunto da IU. As mulheres também manifestaram a preferência em ser acompanhadas por enfermeiras, fisioterapeutas e agentes de saúde e, além disso, as mais jovens exprimiram dificuldade em conseguir tempo para buscar uma consulta profissional^{32,35,39}.

“Algumas manifestaram dificuldades em fazer contato com o serviço de saúde, e como resultado, procuraram ajuda somente quando era necessário”³⁵.

“[...] Eles perguntam ‘quem você gostaria de ver?’ E eu digo à enfermeira. ‘Eu não quero falar com o médico’. Enfermeiras são mulheres e têm mais tempo”³⁹.

Descrença nos tratamentos disponíveis – o descrédito na resolução da perda urinária emergiu nos estudos, através da percepção das mulheres, de que nada ou muito pouco poderia ser feito

para melhorar a situação vivenciada pelas mesmas. Além disso, perceberam que o tipo de tratamento que havia sido disponibilizado a elas, ou a outras mulheres conhecidas, não era efetivo ou não era corretamente esclarecido, culminando na relutância em buscar cuidado profissional^{33,35,39}.

“[...] porque a perda de urina tinha começado como uma complicação de uma cirurgia ou porque outras pessoas que elas conheciam haviam descrito suas próprias experiências negativas do tratamento”³⁵.

“Elas expressaram descontentamento com a maneira que os exercícios pélvicos foram ensinados, destacando que ninguém tinha realmente mostrado a importância ou os benefícios à longo prazo [...]”³⁹.

Diferenças culturais – os estudos que investigaram mulheres incontinentes vivendo em locais com culturas diferentes do seu local de origem demonstraram que o não domínio da língua do local em que viviam acarretava dificuldades na busca de profissionais em saúde na área de IU. Além disso, as mulheres relataram a importância do oferecimento de intérpretes do sexo feminino pelos prestadores de serviço durante as consultas, no caso das mesmas não terem à disposição membros da família para acompanhá-las. O medo e a desconfiança de profissionais com crenças religiosas diferentes das mulheres também esteve evidente nos estudos^{32,39}.

“Mulheres que não falam sueco têm dificuldades em procurar cuidados de saúde, devido a problemas de comunicação”³².

“[...] mulheres tinham dificuldades em descrever seus problemas e compreender as informações sobre as prescrições e outras opções de tratamento, o que poderia levar a uma situação em que a ajuda esperada não se concretizasse”³².

“[...] se você tem um médico muçulmano, então ele entende os procedimentos [...] ‘excelente, vamos mudar para um médico muçulmano’”³⁹.

Limitações causadas pela IU – as mulheres eram tomadas pela sensação de impotência em relação às limitações que a perda urinária causava em suas rotinas diárias³².

“Às vezes, quando você está viajando, não é possível chegar a um banheiro. Se não há um banheiro, eu me molho toda [...] não importa onde estou, se tiver de urinar, então tenho que chegar a um banheiro, caso contrário, a urina vaza”³².

Modos de enfrentamento

Os estudos revelaram que houve uma variedade nos modos de enfrentar a IU por parte das mulheres. Estes enfrentamentos estiveram focados nos seguintes pontos: estabelecer estratégias próprias para lidar com a IU, buscar ajuda profissional ou não tomar nenhuma atitude para aliviar o sofrimento^{36-38,43}.

Autogestão da IU – o fato de muitas mulheres não assumirem a condição de ter incontinência publicamente acarretou na alternativa do próprio gerenciamento das perdas urinárias. Estas mulheres utilizaram manobras de contenção na tentativa de manter a normalidade da rotina diária, exigindo controle e vigilância contínuos, que as manteve em alerta e em esforço constante na luta com a situação do próprio corpo^{36,38}.

“[...] demonstra uma das estratégias utilizadas para ter o controle, a maioria das mulheres utiliza mecanismos de contenção como o uso de absorventes, utilização frequente de banheiros e restrição hídrica”³⁶.

“[...] idosas, inclusive as que relataram uso de estratégias de autocuidado [...]”³⁶.

Busca de apoio profissional – as mulheres que demonstraram maior interesse em procurar e se submeter a cuidados profissionais foram as mais idosas e aquelas que apresentavam perda de urina há longa data. Além disso, mulheres dispostas a procurar ajuda foram mais propensas a contar suas histórias de vida, inclusive sobre questões relacionadas à sexualidade, e consideraram que a ajuda profissional melhorou a qualidade de vida^{37,38}.

“Embora não fossem diretamente convidadas a descrever suas experiências com sexualidade e IU [...] algumas que falaram sobre assuntos de sexualidade e intimidade focaram em como as experiências sexuais do passado poderiam ser responsáveis ou estar conectadas com sua IU”³⁷.

“[...] idosas incontinentes (que participaram de estudo com um tipo de tratamento conservador para IU) perceberam sua qualidade de vida de maneira positiva”³⁸.

Pensamentos positivos – algumas mulheres expressaram o sentimento de que, apesar de serem incontinentes, acreditavam em respostas e curas no futuro ou que aprenderiam a conviver com esta situação de maneira satisfatória⁴³.

“Eu tenho fé que vão desenvolver algo [...] estou esperando o momento que, quando eu estiver realmente na fase incontinente, eles tenham algo para fazer a respeito disto”⁴³.

“Toda vez que ela tem uma má experiência, aprende a partir dela e continua a se mover em direção à melhoria ou bem-estar”⁴³.

Processo de vitimização – houve relatos de mulheres que enfatizaram que a IU é apenas uma parte na longa história de vida, muitas vezes marcada por vários problemas de saúde, por abusos sofridos por homens, membros da família e sociedade. Estas mulheres não demonstraram interesse em cuidado profissional e, apesar de conseguirem identificar estratégias de manejo da IU, foram incapazes de tomar atitudes em busca de melhoria ou bem-estar⁴³.

“Suas memórias de IU [...] são dolorosas. Ela vive com múltiplos problemas de saúde, mas sua narrativa raramente inclui profissionais da saúde. Ao contrário, ela foca em ‘abuso’ e ‘vitimização’ [...]”⁴³.

“[...] durante a segunda entrevista, a Sra. R. foi perguntada se poderia dar um título ou nome para sua história de UI. Sem hesitar, ela disse: ‘Eu tenho [...], ‘minha vagina tem sido muito utilizada’ (Risos)”⁴³.

Ciclo experiencial

Foi possível observar que três estudos abordaram a experiência das mulheres incontinentes através de situações e momentos conectados e progressivos, que passamos a denominar “ciclo experiencial”, e que geralmente envolviam um processo com princípio, desenvolvimento e desfecho em relação à condição de perda urinária, porém através de diferentes percursos e alternativas^{34,40,44}.

Um dos estudos demonstrou que as mulheres estiveram primeiramente em uma situação de vulnerabilidade, que acabou por desencadear uma série de sentimentos negativos, mas que, a partir da conscientização da dificuldade vivenciada, elas buscaram estratégias para controlar o problema. Após conseguirem o controle, passaram a compreender e a aceitar a situação, se familiarizando com as limitações e com as novas necessidades⁴⁰.

“[...] o significado da experiência de vida das mulheres com IU é a impotência [...] estar em uma situação vulnerável [...]. Entretanto, mulheres no presente estudo estão se esforçando para o ajuste e para controlar a IU, recuperando o poder”⁴⁰.

No entanto, também ficou evidente em outro estudo que algumas mulheres optaram por, em primeiro lugar, compartilhar a situação e tentar se adequar à nova rotina, mas não deixando de se preocupar com a perda urinária e indo bus-

car solução, o que acarretou na opção pelo cuidado profissional e na resolução do problema³⁴.

“Este estudo destaca as experiências multifacetadas e em curso de mulheres vivendo com UI [...] descreveram partilha, gestão, preocupação, procura, encontro com os prestadores de cuidados de saúde e resolução do problema”³⁴.

Ainda podemos ressaltar um terceiro estudo, demonstrando que as mulheres incontinentes descreveram o ciclo experiencial em três passos: 1º- controlar a situação, por meio do uso de estratégias, cuidados e planejamento; 2º- aceitar a IU, mediante a manutenção do controle adquirido; 3º- normalizar a situação, quando as restrições passavam a ser consideradas como rotineiras e normais. Através da normalidade garantida, as mulheres reduziam a ameaça à autoestima e conduziam a vida normalmente. Estas mulheres optaram por experimentar a IU sem apoio profissional, ao contrário das mulheres dos dois estudos anteriores⁴⁴.

“[...] elas poderiam ajustar suas rotinas para se manter no controle do processo de eliminação urinária e, assim, conter as ameaças à autoestima. Se as mulheres estavam no comando, era possível aceitar a IU e levar uma vida ‘normal’”⁴⁴.

Proposta de modelos para assistência a mulheres incontinentes

Além das experiências das mulheres incontinentes, propostas de modelos de assistência também foram encontradas nos resultados, na tentativa de auxiliar os profissionais de saúde na abordagem deste tema. Os quais foram organizados em duas subcategorias: cultural e comportamental.

Modelo cultural

A proposta de desenvolver um modelo cultural teve o intuito de preparar os profissionais de saúde no sentido de ajudar mulheres incontinentes na definição de suas experiências com a IU. A contribuição para o entendimento de que as percepções das mulheres incontinentes são distintas das percepções dos profissionais envolvidos nesta área surgiu mediante a interpretação das narrativas das mulheres participantes e das representações dos meios de comunicação sobre a IU feminina⁴².

O modelo cultural construído pelas mulheres representou uma questão de gênero, pois elas acreditaram que perdiam a “autoridade”, ou o respeito da sociedade, por serem incontinentes, e que a

IU era uma condição feminina inevitável, associada à sujeira, impureza, imoralidade e velhice. Por outro lado, o modelo cultural profissional construído pela mídia foi consistente com a compreensão biomédica da IU, ou seja, de que as mulheres incontinentes são normais, jovens, frescas e limpas⁴². O estudo analisado mostrou que existe diferença entre o modelo construído pelas mulheres e pela mídia. Os profissionais envolvidos nas questões da IU feminina devem estar preparados para o fato de muitas mulheres optarem por viver com a perda urinária e, muitas vezes, decidirem não procurar apoio profissional⁴².

“[...] as narrativas das mulheres fornecem um método para acomodar semelhanças e diferenças entre modelos leigos e profissionais para a IU feminina”⁴².

Modelo comportamental

Um dos estudos realizou entrevistas com mulheres incontinentes guiadas por um modelo embasado na Terapia de Comportamento Geral, o “Care-Seeking Behaviour” (CSB). O intuito da pesquisa era entender o comportamento por busca de cuidado destas mulheres, aplicando um instrumento que envolvia aspectos psicossociais (afeto, expectativas e valores), condições facilitadoras, além de fatores clínicos e sociodemográficos⁴¹. As mulheres demonstraram o desejo de serem ativamente questionadas sobre a IU e que, quando os profissionais as abordavam de forma direta, elas se sentiam compreendidas. Ficou evidente que o medo de sofrer humilhação inibiu o comportamento por busca de cuidado e que a utilização do modelo CSB nas consultas de enfermagem pode auxiliar as enfermeiras a entender e a explorar o comportamento por busca de cuidado de mulheres incontinentes⁴¹.

“As mulheres, neste estudo, indicaram que o medo de humilhação inibiu-as de procurar ajuda para a IU à longo prazo. [...] incluindo os efeitos desta situação em suas vidas sexuais, e como seu CSB tem sido influenciado negativamente”⁴¹.

Metacategoria:

Reestruturação da vida pessoal

Na síntese metaetnográfica, o processo indutivo da interpretação dos estudos analisados resultou em categorias, que expressaram analogias referentes a questões levantadas nos referidos estudos. Além disso, surgiu uma nova categoria, denominada metacategoria: reestruturação da vida pessoal, pois envolveu temas que emergi-

ram, de forma implícita, da análise dos resultados das pesquisas qualitativas.

A IU gera a necessidade de reestruturação da vida pessoal, pois afeta a vida das mulheres de maneira complexa e diferenciada, exigindo que as mesmas usem estratégias de adaptações na esfera física, além de provocar sentimentos e emoções inusitados. A decisão de tomar ou não alguma atitude frente ao problema está ligada a experiências anteriores, pessoais ou de pessoas próximas conhecidas, que são responsáveis pelas concepções particulares acerca das causas e tratamentos disponíveis da IU. A mulher passa a viver em função da perda de urina e das implicações que a mesma provoca, muitas vezes optando pelo isolamento social e modificando sua rotina pessoal na tentativa de levar uma vida normal.

Aprender a lidar com as dificuldades impostas pela perda urinária, descobrir modos de enfrentamento, com ou sem ajuda profissional, além de viver uma turbulência e infinidade de sentimentos, acaba por interferir definitivamente na rotina diária das mulheres, motivando alterações profundas nos hábitos de vida, principalmente nas questões pessoais e sociais. Muitas vezes esta reestruturação acontece de forma “automática”, sem envolver reflexões, mas as mulheres acabam se adaptando a esta nova situação de ser incontinente. Embora a vida esteja reestruturada, isto não significa encontrar a solução para o problema.

Discussão

Os resultados apontam que as experiências de mulheres incontinentes participantes dos estudos qualitativos estiveram relacionadas com as dificuldades em lidar com a IU, principalmente quanto ao impacto negativo que esta condição acarreta nas esferas emocional e física, e ainda, quanto à tendência das mulheres em subestimar este problema. Os sentimentos de regressão à infância e de constrangimento pelo fato de ser incontinente afetam a autoestima das mulheres, que, muitas vezes, preferem não compartilhar o problema e viver em silêncio, resultando em isolamento social^{45,46}.

Além disso, as concepções sobre as causas da perda urinária, o acesso ao cuidado profissional, a descrença nos tratamentos disponíveis, as diferenças culturais e as limitações impostas foram outros fatores dificultadores que emergiram dos estudos analisados. Quanto às possíveis causas da IU, segundo Melville et al.⁴⁷, metade das mu-

lheres estudadas relacionou o início das perdas urinárias às disfunções do assoalho pélvico ou da bexiga, enquanto outras consideraram que o estilo de vida ou atributos pessoais (estar acima do peso, beber líquido em excesso e esperar muito tempo para urinar), ou ainda, envelhecimento, hereditariedade, medicações, gestações e menopausa também eram responsáveis pelo problema. A maioria das mulheres do estudo citado acreditava que a IU era simplesmente uma parte normal de ser mulher, fato observado em grande parte dos estudos qualitativos analisados nesta revisão.

A questão cultural também foi abordada no estudo de Li et al.⁴⁸, que retratou as influências das normas culturais chinesas e o estigma social em torno da IU, demonstrando que a mesma é uma situação considerada humilhante e muito vergonhosa para ser revelada a outros indivíduos. Mulheres com cultura muçulmana que viviam em países europeus relataram a interferência da IU nas rotinas religiosas, além da crença de que não deveriam abordar este assunto com os maridos, devido ao grande papel da vergonha na diferença entre os sexos nas culturas muçulmanas, associados ao fato da cultura desencorajar a consulta de mulheres com médicos do sexo masculino^{49,50}.

As experiências das mulheres incontinentes também fazem referência ao modo de enfrentamento da IU e uma das formas mais recorrentes de lidar com o problema foi a autogestão das perdas urinárias. As estratégias próprias para controle da IU estão relacionadas ao uso de absorventes, utilização frequente de banheiros, diminuição da ingestão hídrica e ao fato de deixar de realizar algumas atividades, embora o medo e a preocupação em falhar na escolha e na implementação das estratégias possam aumentar a ansiedade das mulheres incontinentes^{48,51}. As vivências de diferentes significados da IU para cada indivíduo acabam determinando formas diferenciadas de autocuidado, muitas vezes com as mulheres desprezando o apoio de profissionais de saúde, pois o sucesso do uso das estratégias pode contribuir para que o problema não seja revelado²⁷. Deste modo, podemos perceber que a autogestão da IU é motivada por um desejo de viver as vidas tão normalmente quanto possível, a despeito de ser incontinente⁵².

Outra forma de enfrentar a IU foi a busca por apoio profissional, no entanto, o estudo de Skoner e Haylor⁵² mostrou que as mulheres que tomaram esta atitude tiveram o entendimento de que os tratamentos invasivos oferecidos pelos

médicos eram incongruentes com seus desejos e sugeriram métodos não-invasivos, como exercícios perineais e perda de peso. As mulheres afirmam que procuram auxílio profissional quando percebem que seus sintomas são graves o suficiente para esta atitude⁴⁹. A maioria das mulheres demonstra preferência por médicos do sexo feminino e quando encaminhadas a outros profissionais da saúde, como fisioterapeutas, relatam dificuldade em compreender a razão dos exercícios perineais e a incapacidade de realizá-los regularmente, ou ainda, em observar os benefícios dos mesmos⁵⁰.

O motivo das mulheres optarem por não buscar tratamento, mantendo a situação de sofrimento e a necessidade de constantes adaptações, pode ser atribuído à desesperança, à depressão e ao constrangimento de ter que compartilhar sua condição com outros indivíduos. O processo de negação e de evitar admitir a condição levam as sofredoras a um desgaste físico e emocional acentuado⁵¹. No entanto, mulheres muçulmanas acreditam que as doenças são designadas por Deus (Alá) e, da mesma forma, têm fé de que a IU, assim como qualquer outra enfermidade, pode ser curada por Deus e confiam na cura do problema, demonstrando expectativas positivas⁵⁰.

O modo de vivenciar a IU, mediante um ciclo experiencial, apresentado por mulheres de alguns dos estudos analisados é similar às experiências de mulheres do estudo de MacDonald e Butler⁴⁵, que iniciaram o processo através da quebra do silêncio em relação à perda urinária. Em seguida, passaram a usar estratégias para enfrentar as dificuldades e a aceitar apoio profissional, buscando uma melhor qualidade de vida.

A preocupação com a maneira com que profissionais de saúde auxiliam mulheres incontinentes trouxe à luz duas propostas de modelos de assistência. Uma delas mostra como o modelo cultural construído pelas mulheres incontinentes difere daquele profissional construído pela mídia. Skoner e Haylor⁵² também assinalam que as mulheres percebem e lidam com a IU de modo diferente da comunidade médica. Mulheres normalizam a IU, enquanto os profissionais a medicalizam, as mulheres lidam com a IU dentro de um padrão de normalidade e os profissionais lidam com um padrão de enfermidade.

Do ponto de vista da prevenção da IU feminina, não foi observado nos estudos analisados a abordagem deste tema pelas mulheres participantes. Contudo, o de Shamlyan et al.¹⁰ aponta que mudanças no estilo de vida poderiam evitar

casos de IU de esforço e que treinamentos de exercícios perineais poderiam evitar episódios de IU em geral. E, ainda, a revisão de literatura realizada por Bronstrom e Lose⁴ evidencia que as mulheres devem ser encorajadas a realizar exercícios perineais de forma regular, tanto para prevenção quanto para tratamento da IU.

Consideramos importante tecer algumas considerações a respeito das limitações na elaboração desta revisão: a) a delimitação dos idiomas (inglês, português e espanhol) de busca pode ter eliminado algumas pesquisas na área de interesse; b) a exclusão de trabalhos não indexados, como capítulos de livros e teses e/ou dissertações, também pode ter implicado no número global de estudos analisados; c) os estudos encontrados e analisados não consideravam as percepções dos familiares, nem a dos profissionais envolvidos, limitando os achados aos significados da IU para as mulheres incontinentes. Em relação aos aspectos positivos, ficou evidente que a utilização do CASP³⁰, para a avaliação crítica metodológica dos estudos, possibilitou o rigor e a credibilidade necessários para uma revisão sistemática de estudos qualitativos.

Considerações finais

Em síntese, independente do cenário de pesquisa, os resultados obtidos nas pesquisas qualitativas publicadas sobre a IU feminina mostram que as mulheres incontinentes apresentam similaridades em relação à percepção da IU, pois encontram dificuldades em lidar com a mesma, apresentam modos de enfrentar o problema e vivenciam um ciclo experiencial complexo. Além disso, observamos a preocupação de pesquisadores envolvidos em dois estudos em apresentar propostas de modelos de assistência à mulheres incontinentes. Os estudos ainda indicam a distância entre a vivência das mulheres incontinentes em relação à família e à sociedade, pois elas preferem enfrentar o problema sozinhas e, muitas vezes, adotando a “tática do silêncio”. Desta forma, os resultados apontam para a necessidade de conhecimento acerca das percepções dos familiares e dos profissionais envolvidos no cuidado à mulher incontinente, com o intuito de melhorar o entendimento das consequências pessoais, familiares e sociais desta condição.

Colaboradores

C Volkmer, M Monticelli, KS Reibnitz, OM Brüggemann e FF Sperandio participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- Berghmans LC, Hendriks HJ, De Bie RA, Van Waalwijk Van Doorn ES, Bø K, Van Kerrebroeck PE. Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *BJU Int* 2000; 85(3):254-263.
- Bø K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports Med* 2004; 34(7):451-464.
- Bø K, Morkved S, Frawley H, Sherburn M. Evidence for benefit of transversus abdominis training alone or in combination with pelvic floor muscle training to treat female urinary incontinence: a systematic review. *Neurourol Urodyn* 2009; 28(5):368-373.
- Brostrøm S, Lose G. Pelvic floor muscle training in the prevention and treatment of urinary incontinence in women - what is the evidence? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87(4):384-402.
- Guerra M. Urinary incontinence in the elite woman athlete [Spanish]. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol* 2006; 9(2):78-89.
- Hampel C, Artibani W, Espuña Pons M, Haab F, Jackson S, Romero J, Gavart S, Papanicolaou S. Understanding the burden of stress urinary incontinence in Europe: a qualitative review of the literature. *Eur Urol* 2004; 46(1):15-27.
- Higa R, Lopes MHB de M, Reis MJ dos. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1):187-192.
- Roe B, Milne J, Ostaszkiwicz J, Wallace S. Systematic reviews of bladder training and voiding programmes in adults: a synopsis of findings on theory and methods using metastudy techniques. *J Adv Nurs* 2007; 57(1):3-14.
- Roe B, Ostaszkiwicz J, Milne J, Wallace S. Systematic reviews of bladder training and voiding programmes in adults: a synopsis of findings from data analysis and outcomes using metastudy techniques. *J Adv Nurs* 2007; 57(1):15-31.
- Shamliyan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt TJ. Systematic review: randomized, controlled trials of non-surgical treatments for urinary incontinence in women. *Ann Intern Med* 2008; 148(6):459-473.
- Barros J D, Lucena ACT de, Anselmo CWSF. Incontinência urinária de esforço em atletas do sexo feminino: uma revisão da literatura. *An Fac Med Univ Fed Pernamb* 2007; 52(2):173-180.
- Bates F. Assessment of the female patient with urinary incontinence. *Urol Nurs* 2002; 22(5):305-313.
- Berghmans B. El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urol Esp* 2006; 30(2):110-122.
- Caetano AS, Tavares M da CGCF, Lopes MHB de M. Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. *Rev Bras Med Esporte* 2007; 13(4):270-274.
- Cerqueira FS, Rezende LF de. Atuação da fisioterapia na melhora da qualidade de vida da mulher no climatério e menopausa. *Femina* 2002; 30(7):477-479.
- Dubbs J. Addressing an urgent need. *Rehab Management* 2006; 19(7):32-34, 36-37.
- Igual Camacho C, Valverde Gill D, López Bueno L, Sánchez Frutos J. Physiotherapy in urinary incontinence in the woman [Spanish]. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol* 2003; 6(1):50-54.
- Klüber L, Moriguchi EH, Cruz IBM da. A influência da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: revisão. *Rev Med PUCRS* 2002; 12(3):243-249.
- Meadows E. Physical therapy for older adults with urinary incontinence. *Top Geriatr Rehabil* 2000; 16(1):22-32.
- Meldaña Sánchez A. Physiotherapy in women who are candidates for surgery due to stress urinary incontinence: analysis and proposal [Spanish]. *Fisioterapia* 2004; 26(5):303-309.
- Moore KN, Paul P. A historical review of selected nursing and medical literature on urinary incontinence between 1850 and 1976. *Journal of WOCN* 1997; 24(2):106-122.
- Rantell A, Vosloo R. Managing urinary incontinence in women. *Pract Nurs* 2008; 19(5):235.
- Rett MT, Vale JR do, Andrade CF de, Simões JA. Abordagem fisioterápica no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina. *Femina* 2008; 36(4):209-214.
- Thakar R, Stanton S. Regular review: management of urinary incontinence in women. *BMJ* 2000; 321(7272):1326-1331.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
- Sublett CM. Adding to the evidence base: a review of two qualitative studies. *Urol Nurs* 2008; 28(2):130-131.
- Higa R, Lopes MHB de M, Turato ER. Significados psicoculturais da incontinência urinária feminina: uma revisão. *Rev Latinoam Enferm* 2008; 16(4):779-786.
- Noblit GW, Hare RD. Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies. Volume 11. *Série Qualitative Research Methods*. Newbury Park: Sage; 1988.

29. Espíndola CR, Blay SL. Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4):707-716.
30. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). *Making sense of evidence*. Milton Keynes Primary Care Trust. 2002. [site na Internet]. [acessado 2009 set 9]. Disponível em: <http://www.sph.nhs.uk/sph-files/casp-appraisal-tools/Qualitative%20Appraisal%20Tool.pdf>
31. Walsh D, Downe S. Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery* 2006; 22(2):108-119.
32. Andersson G, Johansson JE, Nilsson K, Sahlberg-Blom E. Perceptions of urinary incontinence among syrian christian women living in Sweden. *Transcult J Nurs* 2009; 20(3):296-303.
33. Basu M, Duckett JR. Barriers to seeking treatment for women with persistent or recurrent symptoms in urogynaecology. *BJOG* 2009; 116(5):726-730.
34. Zeznock DE, Gilje FL, Bradway C. Living with urinary incontinence: experiences of women from 'The Last Frontier'. *Urol Nurs* 2009; 29(3):157-163, 185.
35. Andersson G, Johansson JE, Nilsson K, Sahlberg-Blom E. Accepting and adjusting: older women's experiences of living with urinary incontinence. *Urol Nurs* 2008; 28(2):115-121.
36. Borba AMC de, Leles MA dos S, Bretas ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto & Contexto Enferm* 2008; 17(3):527-535.
37. Bradway C, Strumpf N. Seeking care: women's narratives concerning long-term urinary incontinence. *Urol Nurs* 2008; 28(2):123-129.
38. Abreu NS, Baracho ER, Tirado MGA, Dias RC. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. *Rev Bras Fisioter* 2007; 11(6):429-436.
39. Doshani A, Pitchforth E, Mayne CJ, Tincello DG. Culturally sensitive continence care: a qualitative study among South Asian Indian women in Leicester. *Fam Pract* 2007; 24(6):585-593.
40. Hägglund D, Ahlström G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs* 2007; 16(10):1946-1954.
41. Hägglund D, Wadensten B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scand J Caring Sci* 2007; 21(3):305-312.
42. Bradway C, Barg F. Developing a cultural model for long-term female urinary incontinence. *Soc Sci Med* 2006; 63(12):3150-3161.
43. Bradway C. Women's narratives of long-term urinary incontinence. *Urol Nurs* 2005; 25(5):337-344.
44. Dowd TT. Discovering older women's experience of urinary incontinence. *Res Nurs Health* 1991; 14(3):179-186.
45. MacDonald CD, Butler LJ. Silent no more: elderly women's stories of living with urinary incontinence in long-term care. *J Gerontol Nurs* 2007; 33(1):14-20.
46. Jorge RJB, Diógenes MAR, Mendonça FAC, Sampaio LRL, Jorge Júnior R. Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. *Cien Saude Colet* 2011; 16(5):2443-2451.
47. Melville JL, Wagner LE, Fan M, Katon WJ, Newton KM. Women's perceptions about the etiology of urinary incontinence. *J Womens Health* 2008; 17(7):1093-1098.
48. Li FLW, Low LPL, Lee DTF. Coping with stress incontinence: women's experiences of everyday inconveniences. *Int J Urolog Nurs* 2007; 1(3):112-119.
49. Sange C, Thomas L, Lyons C, Hill S. Urinary incontinence in Muslim women. *Nurs Times* 2008; 104(25):49-52.
50. Van den Muijsenbergh METC, Lagro-Janssen TALM. Urinary incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment. *Br J Gen Pract* 2006; 56(533):945-949.
51. Nicolson P, Kopp Z, Chapple CR, Kelleher C. It's just the worry about not being able to control it! A qualitative study of living with overactive bladder. *Br J Health Psychol* 2008; 13(Pt 2):343-359.
52. Skoner MM, Haylor MJ. Managing incontinence: women's normalizing strategies. *Health Care Women Int* 1993; 14(6):549-560.

Artigo apresentado em 10/05/2011

Aprovado em 18/06/2011

Versão final apresentada em 28/07/2011

