



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FELIPE VESSONI BARBOSA KASUYA

**DESAFIOS ENFRENTADOS POR MULHERES COM LESÃO
MEDULAR QUE REALIZAM CATETERISMO VESICAL
INTERMITENTE:
UM ESTUDO QUALITATIVO**

Londrina
2025

FELIPE VESSONI BARBOSA KASUYA

**DESAFIOS ENFRENTADOS POR MULHERES COM LESÃO
MEDULAR QUE REALIZAM CATETERISMO VESICAL
INTERMITENTE:
UM ESTUDO QUALITATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para o título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Silvio Henrique Maia de Almeida.

Londrina
2025

FELIPE VESSONI BARBOSA KASUYA

**DESAFIOS ENFRENTADOS POR MULHERES COM LESÃO
MEDULAR QUE REALIZAM CATETERISMO VESICAL
INTERMITENTE:
UM ESTUDO QUALITATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para o título de mestre em Ciências da Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Silvio Henrique Maia de Almeida
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Marco Aurélio Fornazier
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Marco Aurélio de Freitas Rodrigues
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 09 de abril de 2025.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho representa não apenas o fim de um ciclo acadêmico, mas também o resultado de uma jornada repleta de desafios e aprendizados, que não seria possível sem o apoio e inspiração de diversas pessoas. Gostaria de expressar minha mais profunda gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho.

Primeiramente, agradeço a Deus, pela sabedoria e força necessárias em cada etapa desta jornada.

À minha família, por seu amor incondicional e apoio infalível ao longo de toda a minha vida acadêmica. Vocês sempre foram minha base sólida, oferecendo encorajamento e compreensão durante os altos e baixos do percurso.

À minha esposa, que esteve ao meu lado em cada momento, oferecendo sua paciência, amor e apoio inabalável, transformando todos os desafios em conquistas compartilhadas. Sua presença foi fundamental para que eu pudesse me dedicar a este projeto.

Agradeço também aos meus professores, cujas aulas e orientações contribuíram enormemente para o meu crescimento acadêmico e profissional. Em especial, ao Professor Silvio Henrique Maia de Almeida, que despertou meu interesse pela pesquisa acadêmica e me incentivou a explorar novos horizontes. Sua dedicação e paixão pelo ensino serviram como uma verdadeira inspiração ao longo deste trajeto.

Um agradecimento especial às pacientes que participaram deste estudo, que são a razão e o principal objeto do nosso trabalho. A generosidade com que compartilharam suas experiências e histórias foi essencial para enriquecer esta pesquisa. Sem a colaboração e confiança de vocês, este trabalho não teria sido possível.

Por fim, aos amigos e colegas de pesquisa, que compartilharam comigo ideias e experiências que enriqueceram meu trabalho e tornaram essa jornada mais agradável.

A todos, meu sincero obrigado. Esta dissertação é, certamente, um reflexo do apoio e incentivo que recebi de cada um de vocês.

KASUYA, Felipe Vessoni Barbosa. **Desafios enfrentados por mulheres com lesão medular que realizam cateterismo vesical intermitente: um estudo qualitativo**. 2025. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2025.

RESUMO

Introdução: A lesão medular (LM) pode causar disfunção neurogênica do trato urinário inferior (DNTUI), impactando significativamente a qualidade de vida (QV) devido a complicações orgânicas e psicossociais. O manejo dessas disfunções requer abordagem multidisciplinar para lidar com os desafios únicos a que os pacientes são submetidos. O cateterismo vesical intermitente limpo (CVIL) é a melhor forma de manejo do esvaziamento urinário quando a DNTUI se instala, entretanto se relaciona com difícil aderência e eventuais complicações. Considerando o limitado conhecimento existente sobre o impacto da DNTUI e do cateterismo em mulheres — devido à predominância de estudos focados no público masculino — optou-se por uma pesquisa qualitativa. Essa escolha foi fundamentada na necessidade de explorar as nuances das experiências femininas, que abordam desde diferenças anatômicas até complexidades sociais e emocionais. A abordagem qualitativa é especialmente adequada para este estudo, pois permite um foco profundo nos aspectos psicossociais, oferecendo uma compreensão abrangente das diferenças de gênero na convivência com a DNTUI e seu tratamento. Diferentemente dos métodos quantitativos, que se concentram em mensurações e dados estatísticos, o método qualitativo facilita uma exploração rica e detalhada das experiências pessoais, subjetivas, e contextuais das participantes, proporcionando reflexões sobre suas percepções e vivências. **Objetivos:** Compreender as percepções e experiências vividas por mulheres que realizam o CVIL devido a DNTUI de instalação aguda, investigando o impacto dessa prática na QV, autonomia e independências em diversas áreas. **Métodos:** Estudo qualitativo, conduzido por meio de entrevistas com mulheres usuárias de CVIL em Londrina-Pr, entre junho de 2023 e outubro de 2024. Inicialmente, foram contactadas 19 mulheres, mas a amostra final consistiu em 13 participantes, após desistências e recusas. As entrevistas, conduzidas presencialmente em um consultório médico privado ou por videoconferência, através do aplicativo Zoom®, permitiram que as pacientes expressassem livremente suas experiências e respondessem a 15 perguntas semi-estruturadas. A duração média das entrevistas foi de 47 minutos. As sessões foram gravadas em áudio e vídeo. Para transcrição, utilizou-se a ferramenta *Happy Scribe*, que possibilitou transcrições automáticas de alta qualidade em português, seguidas de revisões manuais humanas para garantir a exatidão dos conteúdos transcritos. Os dados qualitativos foram analisados por meio do software MAXQDA, aplicado conforme os princípios da análise de discurso. O processo analítico identificou formações discursivas e efeitos de sentido, permitindo a apreciação das complexidades psicossociais e experiências individuais relatadas no contexto do uso do CVIL. **Resultados:** A análise das entrevistas revelou três formações discursivas principais entre as participantes: 1) Ruptura e Adaptação Inicial, destacando o choque emocional e a perda de controle após a instalação aguda da DNTUI; 2) Aprendizagem e Normalização, onde as mulheres relatam dificuldades iniciais, mas também caminhos para adquirir autonomia e integrar o CVIL em suas rotinas diárias; e 3) Ressignificação e Nova Realidade, mostrando a aceitação gradual e a adaptação às mudanças pessoais, sociais e profissionais impostas pelo uso contínuo do CVIL. As participantes também abordaram desafios em diversas esferas da vida, incluindo o impacto nos relacionamentos amorosos, vida profissional e viagens, salientando a importância das redes de apoio e da adaptação criativa para lidar com as adversidades. **Conclusão:** O estudo destaca a resiliência das mulheres ao adaptar-se ao CVIL e à DNTUI, enquanto revela a necessidade de abordagens clínicas e sociais mais personalizadas. As experiências compartilhadas pelas participantes sublinham a importância de estratégias de saúde que reconheçam as realidades distintas dessas mulheres, promovendo intervenções mais

empáticas e inclusivas que garantam uma melhoria na qualidade de vida, autonomia e integração social. Esta investigação oferece contribuições valiosas, como a necessidade de estruturação em períodos para que a análise seja coerente e organizada, a identificação da necessidade de suporte integrado e multidisciplinar que aborde não apenas as necessidades médicas das pacientes, mas também seus desafios emocionais e psicossociais.

Palavras-chave: Bexiga urinária neurogênica; Pesquisa Qualitativa; Cateterismo urinário; Traumatismos da medula espinhal; Saúde da mulher.

KASUYA, Felipe Vessoni Barbosa. **Challenges faced by women with spinal cord injury undergoing intermittent catheterization: a qualitative research.** 2025. 100 f. Dissertation (Master's in Health Sciences) – State University of Londrina, Londrina. 2025.

ABSTRACT

Introduction: Spinal cord injury (SCI) can lead to neurogenic dysfunction of the lower urinary tract (NDLUT), significantly impacting quality of life (QoL) due to organic and psychosocial complications. Managing these dysfunctions requires a multidisciplinary approach to address the unique challenges patients face. Clean intermittent catheterization (CIC) is the most effective method for managing urinary emptying when NDLUT is present; however, it is associated with difficult adherence and potential complications. Considering the limited existing knowledge on the impact of NDLUT and catheterization on women—due to the predominance of studies focused on male subjects—a qualitative research was conducted. This choice was based on the need to explore the nuances of female experiences, covering anatomical differences as well as social and emotional complexities. The qualitative approach is particularly suitable for this study, as it allows a deep focus on psychosocial aspects, offering a comprehensive understanding of gender differences in living with NDLUT and its treatment. Unlike quantitative methods, which focus on measurements and statistical data, the qualitative method enables a rich and detailed exploration of the participants' personal, subjective, and contextual experiences, providing insights into their perceptions and experiences. **Objectives:** To understand the perceptions and lived experiences of women who perform CIC due to acute-onset NDLUT, investigating the impact of this practice on QoL, autonomy, and independence in various areas. **Methods:** Qualitative study conducted through interviews with women CIC users in Londrina-Pr, from June 2023 to October 2024. Initially, 19 women were contacted, but the final sample consisted of 13 participants after withdrawals and refusals. The interviews, conducted in person at a private medical office or via videoconference, through the Zoom® application, allowed patients to freely express their experiences and answer 15 semi-structured questions. The average duration of the interviews was 47 minutes. The sessions were audio and video recorded. For transcription, the Happy Scribe tool was used, enabling high-quality automatic transcriptions in Portuguese, followed by human manual reviews to ensure the accuracy of the transcribed content. Qualitative data were analyzed using the MAXQDA software, applied according to discourse analysis principles. The analytical process identified discursive formations and effects of meaning, allowing for the appreciation of the psychosocial complexities and individual experiences reported in the context of CIC use. **Results:** The analysis of the interviews revealed three main discursive formations among the participants: 1) Rupture and Initial Adaptation, highlighting the emotional shock and loss of control following the acute onset of NDLUT; 2) Learning and Normalization, where women report initial difficulties but also paths to acquire autonomy and integrate CIC into their daily routines; and 3) Resignification and New Reality, showing the gradual acceptance and adaptation to personal, social, and professional changes imposed by the continuous use of CIC. Participants also discussed challenges in various areas of life, including the impact on romantic relationships, professional life, and travel, highlighting the importance of support networks and creative adaptation to deal with adversities. **Conclusion:** The study highlights the resilience of women adapting to CIC and NDLUT while revealing the need for more personalized clinical and social approaches. The experiences shared by the participants underline the importance of health strategies that recognize these women's distinct realities, promoting more empathetic and inclusive interventions that ensure improved quality of life, autonomy, and social integration. This investigation offers valuable contributions, such as the need for structuring in periods to ensure coherent and organized analysis, the identification of the need for integrated and multidisciplinary support that addresses not only the patients' medical needs but also their emotional and psychosocial challenges.

Key-words: Urinary Neurogenic Bladder; Qualitative Research; Urinary Catheterization; Spinal Cord Injuries; Women's health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Fisiologia do enchimento e esvaziamento da bexiga.....	14
Figura 2 -	Padrões de disfunção do trato urinário inferior de acordo com a topografia da lesão medular	15
Figura 3 -	Inervação do trato urinário.....	16
Figura 4 -	Técnica do cateterismo intermitente para mulheres	19
Figura 5 -	Formações discursivas no processo de adaptação ao CVIL	49
Figura 6 -	Nuvem de palavras formadas pelas transcrições das entrevistas	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização geral das entrevistadas	36
-------------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAT	Cateterismo (falas das entrevistadas)
CEP-UEL	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
CVIL	Cateterismo Vesical Intermitente Limpo
DNTUI	Disfunção Neurogênica do Trato Urinário Inferior
E1, E2, E3, etc.	Siglas usadas para se referir às participantes do estudo de forma anônima
EUA	Estados Unidos da América
HD	Hiperatividade Detrusora
HURNP/UEL	Hospital Universitário Regional Norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina
ITU	Infecção do Trato Urinário
LM	Lesão Medular
PcD	Pessoa com Deficiência
QV	Qualidade de Vida
RPM	Resíduo Pós-Miccional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRM	Trauma Raquimedular
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1.	Epidemiologia	11
1.2	Neurofisiologia do trato urinário inferior	13
1.3	História e desenvolvimento do cateterismo vesical intermitente Limpo (CVIL)	17
1.4	Método de CVIL	18
1.5	Atual situação da população feminina em relação à LM	22
2	JUSTIFICATIVA	27
3	OBJETIVOS	28
4	MATERIAIS E MÉTODOS	29
4.1	Delineamento e local do estudo	29
4.2	Aspectos éticos	29
4.3	Critérios de inclusão das participantes	29
4.4	Equipe de pesquisa e reflexividade	29
4.5	Recrutamento	30
4.6	Cenário	30
4.7	Coleta de dados	31
4.8	Transcrição das entrevistas	32
4.9	Análise	32
4.10	Orientação metodológica e teoria	33
4.11	Codificação e análise discursiva	34
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1	Resultados	36
5.1.1	Caracterização das entrevistadas	36
5.1.2	Formações discursivas	38
5.1.2.1	O discurso da ruptura e adaptação inicial:	39
5.1.2.2.	O discurso da aprendizagem e normalização	42
5.1.2.3.	O discurso da resignificação e nova realidade	45
5.1.2.3.1	O impacto do cateterismo nas diferentes esferas da vida	48
5.1.2.4	O papel do silêncio	54
5.2	Artigo	56

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
	ANEXOS	86
	ANEXO A – Consolidated criteria for reporting qualitative research – versão em português	87
	ANEXO B – Aprovação no comitê de ética	89
	ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido	91
	ANEXO D – Instruções para publicação – Neurourology & Urodynamics	93
	APÊNDICES	100
	APÊNDICE A – Formulário de caracterização sócio-demográfica	101
	APÊNDICE B – Formulário de caracterização clínica	102
	APÊNDICE C – Guia de entrevista	103

1. INTRODUÇÃO

A lesão medular (LM) representa uma das condições mais graves que podem acometer o ser humano, com repercussões físicas, psíquicas e sociais de grande magnitude. Denomina-se LM qualquer injúria às estruturas contidas no canal medular, incluindo a medula, o cone medular e a cauda equina, que podem levar a alterações motoras, sensitivas, autonômicas e psicoafetivas.¹

De um modo geral, as consequências clínicas da lesão medular manifestam-se como paralisia ou paresia dos membros e alteração ou perda das diferentes sensibilidades (tátil, dolorosa, de pressão, vibratória e proprioceptiva). Outras consequências incluem a perda do controle esfinteriano, disfunções sexuais e alterações autonômicas como vasoplegia, alteração da sudorese e controle da temperatura corporal, entre outras.¹

As alterações urológicas causadas pela lesão na medula espinhal são chamadas de disfunção neurogênica do trato urinário inferior (DNTUI).² Comumente, usa-se o termo “bexiga neurogênica” para se referir às DNTUI causadas por doenças neurológicas. São sequelas comuns relacionadas a doenças neurológicas, resultando em sintomas que impactam na qualidade de vida. Tanto o local quanto a natureza da lesão neurológica influenciam o padrão de disfunção apresentado.

As DNTUI associam-se a infecções do trato urinário (ITU), quedas e suas complicações, escaras cutâneas e perda de função renal, podendo aumentar taxa de hospitalização e tempo de internação, além de maiores taxas de internação domiciliar.³ O risco de consequências para o trato urinário superior é significativamente menor em quadros de desenvolvimento progressivo, quando comparado a lesões traumáticas, por exemplo.¹

Na avaliação clínica primária, além de histórica clínica e do exame físico, é comum que se solicite exames complementares como análise bioquímica da urina, urocultura, análise sérica da função renal, além de ultrassonografia, diário miccional e estudos urodinâmicos completos.

Ressalte-se que são frequentemente acompanhadas de disfunções intestinais, sexuais, psicológicas e sociais, evidenciando que, seu reconhecimento e manejo, requer abordagem integral e multidisciplinar. O sucesso no manejo desta patologia se associa a melhor qualidade de vida (QV), saúde e reintegração social.

1.1. Epidemiologia

A incidência global anual de trauma raquimedular varia entre 15 a 40 casos por milhão de habitantes. Nos Estados Unidos da América (EUA), são registrados aproximadamente 12 mil novos casos por ano, dos quais 4000 pacientes falecem antes de chegar ao hospital e outros mil durante a hospitalização.

No Brasil, não há dados precisos sobre a incidência e prevalência do trauma raquimedular (TRM), uma vez que essa condição não é de notificação obrigatória. Estima-se que a incidência de aproximadamente 40 novos casos por ano por milhão de habitantes, o que corresponde a 6 a 8 mil casos novos anualmente. Desses, 80% são homens e 60% têm entre 10 e 30 anos de idade. Calcula-se que ocorram mais de 10 mil casos de LM no Brasil, com o trauma representando a principal causa. Essa alta incidência gera grande impacto socioeconômico, com custos elevados para a sociedade.¹

A má informação dos registros provoca divergências sobre a causa mais comum de lesão. Em centros de reabilitação, a maioria dos casos está relacionada a acidentes automobilísticos, seguidos por ferimentos causados por armas de fogo. Em contrapartida, levantamentos em centros de traumatologia de São Paulo mostram que quedas, especialmente de lajes, ocupam o primeiro lugar na etiologia.¹

As LM não traumáticas correspondem a cerca de 20% dos casos e incluem uma ampla variedade de condições, como tumores intra e extra medulares, fraturas patológicas (devido a metástases vertebrais, tuberculose, osteomielite e osteoporose), estenose do canal medular, deformidades graves da coluna, hérnia de disco, isquemia (associada a aneurismas da aorta), infecções (como mielite transversa e paraparesia espástica tropical) e doenças autoimunes (como esclerose múltipla).¹

Grande parte dessas pessoas apresentarão DNTUI. Nos EUA, a DNTUI acomete cerca de 40 a 90% dos pacientes com Esclerose Múltipla, 37 a 72% daqueles com parkinsonismo e 15% daqueles com sequelas de Acidentes Vasculares Encefálicos. Estima-se que 70 a 84% dos pacientes vítimas de TRM tenham algum grau de DNTUI.⁴

As complicações urológicas decorrentes da LM são uma das principais preocupações para a equipe de reabilitação, pois o mau funcionamento da bexiga e esfíncter, quando não tratados adequadamente, podem gerar complicações como ITU, cálculos vesicais, fístulas penoescrotais, refluxo vesicoureteral, hidronefrose e, em casos extremos, perda da função renal.

Sua apresentação é heterogênea, reflete a complexidade do controle neurológico do trato urinário inferior e tem a altura da LM como ponto determinante no padrão de sintomas apresentado. O conhecimento sobre a fisiologia e de que maneira

a disfunção se desenvolve nas diferentes etiologias é fundamental na elaboração de estratégias de manejo.

1.2 Neurofisiologia do Trato Urinário Inferior

Uma complexa rede neurológica atua na coordenação entre as funções de reservatório da bexiga e o mecanismo de continência esfinteriano uretral. Esse processo, quando saudável, deve resultar em um enchimento vesical passivo sob baixas pressões até uma capacidade máxima entre 400-600ml, intercalada por esvaziamentos voluntários periódicos a cada 3-4 horas.⁵ A mudança da fase de relaxamento para contração vesical e sua coordenação alternada com o relaxamento do esfíncter uretral é iniciada por uma motivação consciente, percebida através de uma percepção de enchimento vesical associada ao entendimento de adequação social para o ato miccional. Para que todo esse processo ocorra de modo saudável e coordenado, as conexões entre os centros pontinos, medula espinhal e inervação periférica precisam estar em perfeito funcionamento.

Durante a fase de enchimento vesical, nervos simpáticos e pudendos promovem contração do colo vesical e esfíncter estriado externo, enquanto a musculatura detrusora é inibida. Após o estímulo adequado para o esvaziamento, gerado pela distensão da musculatura da bexiga, o centro pontino da micção deixa de sofrer inibição por centros corticais supra-pontinos e a contração detrusora é iniciada através de estímulos parassimpáticos, acompanhada de relaxamento do colo vesical e esfíncter. A figura 1 representa as principais estruturas neuroanatômicas envolvidas.

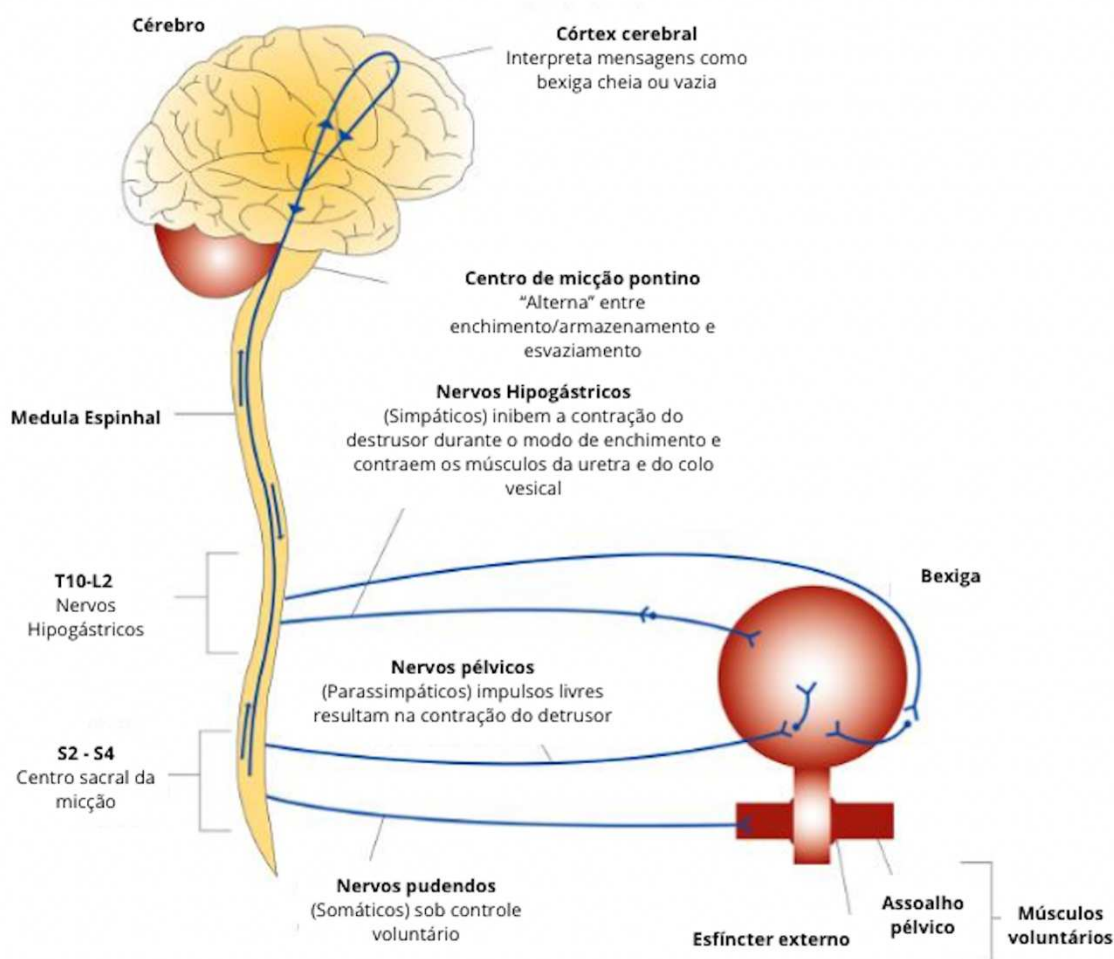


Figura 1: Representação esquemática das estruturas neuroanatômicas envolvidas no ciclo enchimento / esvaziamento vesical. Adaptado de *Wilson M. Intermittent self-catheterisation in the context of multiple sclerosis and spinal injury. Br J Neurosci Nurs.* 2017;13(6):278-281. doi:10.12968/bjnn.2017.13.6.278⁶

É possível classificar os distúrbios neuro-urológicos para facilitar o entendimento dos diferentes padrões de sintomas. Hiperatividade detrusora (HD) é a causa mais comum de infecção urinária após as doenças neurológicas. Os sintomas podem ser urgência urinária, micções frequentes, noctúria e incontinência. Lesões supra-pontinas, como exemplo os acidentes vasculares encefálicos, podem gerar um padrão com predominância de sintomas de armazenamento devido a HD sem alteração do mecanismo de funcionamento do esfíncter. Resultam da inativação da inibição do centro pontino da micção sobre as contrações vesicais.

As lesões traumáticas cérvico-torácicas estão associadas também à hiperatividade detrusora. Após um TRM, o mecanismo de reflexo medular é afetado,

modificando a sensibilidade de fibras aferentes a um pequeno volume de enchimento vesical. Adicionalmente, o mecanismo de controle esfíncteriano também é comprometido, culminando num quadro de esfíncter urinário hipertônico, a dissinergia vesico-esfíncteriana.

Já no caso de lesões na cauda equina, cone medular ou nos nervos periféricos, pode ocorrer a hipoatividade detrusora e até mesmo a acontratilidade vesical. Sintomas como hesitação miccional, micção em dois tempos, alterações do fluxo urinário, jato interrompido ou esvaziamento incompleto da bexiga podem ser observados a depender da atividade esfíncteriana residual. A figura 2 resume a relação entre as doenças neurológicas e as disfunções vesicais e esfíncterianas esperadas de acordo com a topografia da lesão.

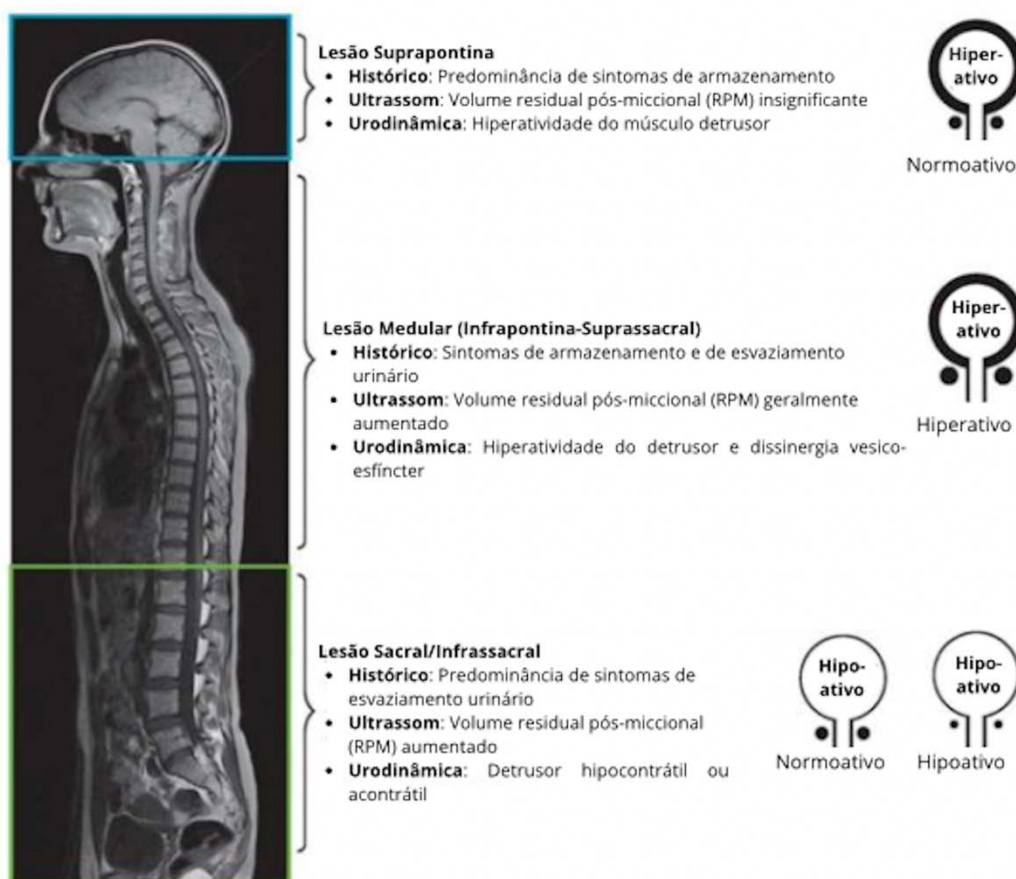


Figura 2: Representação esquemática do comportamento da musculatura detrusora em relação ao esfíncter nos diferentes padrões de lesão medular organizados por topografia. Adaptado de *Panicker JN. Neurogenic Bladder: Epidemiology, Diagnosis, and Management. Semin Neurol. 2020;40(05):569-579. doi:10.1055/s-0040-1713876* ⁵

Logo após um TRM, há um período conhecido como choque medular.⁵ Durante esse estágio, os pacientes costumam apresentar inicialmente retenção urinária, podendo desenvolver padrões de hiperatividade detrusora e dissinergia vesico-esfincteriana. A pressão intravesical pode aumentar consideravelmente e ser transmitida ao trato urinário superior, resultando em refluxo vesico-ureteral e consequências às vezes irreversíveis aos rins. O mau funcionamento vesical, quando tratado inadequadamente, acarreta complicações como infecção urinária, cálculos vesicais, refluxo ureteral, hidronefrose e, em casos extremos, perda da função renal.⁷ Pacientes com DNTUI por TRM estão sob risco de 5 a 8 vezes maior de desenvolvimento de doença renal crônica em comparação com a população geral.⁵

Naqueles pacientes que apresentam disfunções de armazenamento, sintomas como perda urinária, urgência miccional, polaciúria ou contrações dolorosas podem acontecer. Nesse sentido, é importante um acompanhamento em conjunto da equipe, visando a ajustar a melhor combinação de tratamentos. São frequentemente manejadas com sessões de fisioterapia, medidas comportamentais, bem como medicações inibidoras da contração detrusora. Destacam-se os antimuscarínicos, beta-3-agonistas, toxina botulínica e eventualmente cirurgias de ampliação vesical. A figura 3 demonstra a presença de receptores nas estruturas e os efeitos esperados com sua ativação ou bloqueio.

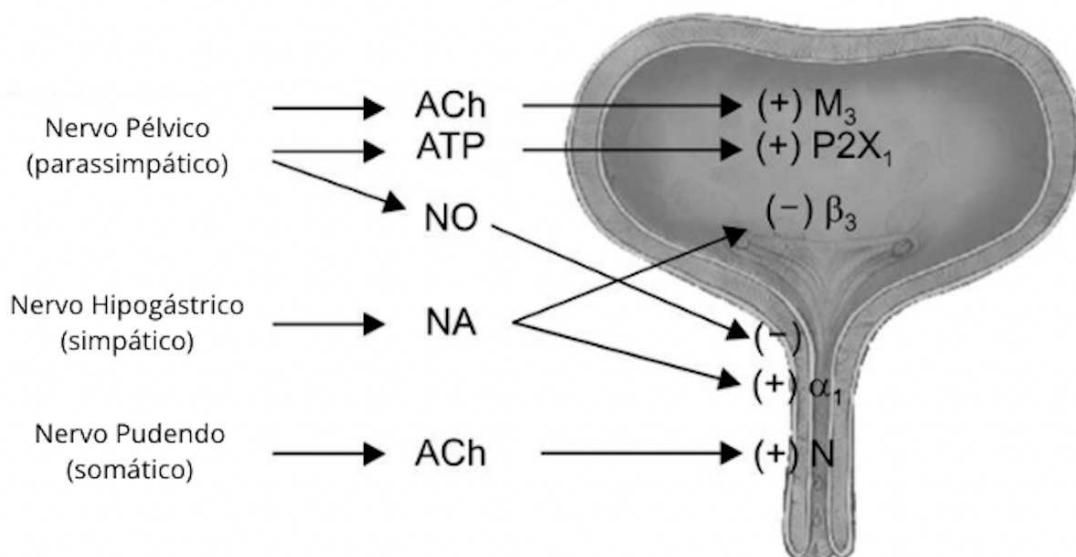


Figura 3: Receptores e neurotransmissores envolvidos na neurofisiologia do trato urinário inferior. Adaptado de *Yoshimura N, Ogawa T, Miyazato M, et al. Neural Mechanisms Underlying Lower Urinary Tract Dysfunction. Korean J Urol. 2014;55(2):81.*

doi:10.4111/kju.2014.55.2.81⁸ ACh: acetilcolina; ATP: adenosina tri-fosfato; M3: receptor muscarínico tipo 3; P2X1: receptor purinérgico P2X; NA: noradrenalina; NO: óxido nítrico; α 1: receptor alfa tipo 1; β 3: receptor beta 3.

As infecções do trato urinário são extremamente frequentes em pacientes com LM, sendo a principal doença infecciosa que os acomete tanto na fase aguda quanto na fase crônica da lesão. A principal causa dessas infecções está relacionada à retenção e ao esvaziamento incompleto da bexiga. Dessa forma, pacientes que realizam cateterismo vesical intermitente são praticamente todos colonizados em seu trato urinário, devendo-se tomar cuidado para o diagnóstico correto de infecção nesses casos. Apenas uroculturas positivas de pacientes com sintomas consistentes, como febre, aumento ou aparecimento de perdas urinárias entre os cateterismos, aumento de espasticidade e automatismos, e piora da dor neuropática, entre outros, devem ser valorizadas.¹

As disfunções neurológicas dos órgãos pélvicos compreendem, além de alterações urinárias, distúrbios sexuais e intestinais, podendo gerar grande impacto na qualidade de vida dos pacientes. A interrelação complexa entre esses sistemas têm sido cada vez mais estudada⁵ e constitui grande desafio para as equipes de assistência multidisciplinar que acompanham esses pacientes.

A diferença anatômica entre os sexos e, sobretudo, o conhecimento que cada indivíduo costuma ter sobre sua genitália, devem ser considerados quando se trata de acesso ao trato urinário inferior para métodos de condução da DNTUI.

1.3 História e desenvolvimento do Cateterismo Vesical Intermitente Limpo (CVIL)

Antes da Primeira Guerra Mundial, o manejo da bexiga em pacientes com LM era frequentemente negligenciado e mal compreendido, resultando em altas taxas de mortalidade devido a infecções renais e complicações. A falta de especialização médica, a rotatividade de médicos e a ausência de protocolos de tratamento eficazes contribuíram para cuidados inconsistentes e, muitas vezes, prejudiciais. Embora alguns cirurgiões europeus, como Kocher e Wagner, tenham começado a explorar o cateterismo intermitente como uma alternativa ao cateterismo de demora, a falta de recursos, técnicas assépticas adequadas e conhecimento sobre a fisiologia da bexiga limitavam sua eficácia e aceitação generalizada.⁹

A Primeira Guerra Mundial expôs a necessidade urgente de melhores tratamentos para LM, mas a escala do conflito sobrecarregou os sistemas de saúde e

dificultou a implementação de cuidados adequados. A falta de pessoal treinado, equipamentos e instalações especializadas tornava difícil fornecer cuidados consistentes e eficazes aos pacientes com disfunção vesical. O uso de cateteres de demora era comum, mas frequentemente levava a ITU, formação de cálculos e outras complicações que comprometiam ainda mais a saúde e a sobrevivência dos pacientes.

Somente durante a Segunda Guerra Mundial, Ludwig Guttmann revolucionou o tratamento de LM no Hospital Stoke Mandeville, na Inglaterra. Baseado em sua experiência e conhecimento, Guttmann implementou o cateterismo vesical intermitente com rigorosas técnicas assépticas, reduzindo drasticamente as taxas de infecção, melhorando a função vesical e aumentando a qualidade de vida dos pacientes. Além disso, Guttmann enfatizou a importância da reabilitação, da educação do paciente e da admissão precoce em centros especializados para otimizar os resultados e minimizar as complicações a longo prazo.⁹

Após a Segunda Guerra Mundial, o CVIL se espalhou globalmente, com adaptações e modificações para facilitar a autocateterização, o uso em ambientes com recursos limitados e a aplicação em uma variedade de condições urológicas. A introdução de antibióticos para prevenir infecções, o desenvolvimento de cateteres descartáveis e a promoção de técnicas de cateterismo limpo simplificaram ainda mais o procedimento, tornando-o acessível a um número maior de pacientes e profissionais de saúde em todo o mundo.

1.4 Método de CVIL

No manejo dos pacientes com DNTUI com distúrbios de esvaziamento, o tratamento fundamental visa garantir o esvaziamento vesical sob baixas pressões, de modo a evitar a estase urinária, refluxo ureteral, as perdas urinárias involuntárias, as disreflexias, as infecções e proteger o trato urinário superior. Muitas vezes, a percepção desta disfunção miccional pode ser difícil e a medida do resíduo pós-miccional (RPM) se torna a medida mais objetiva⁵. Grande RPM pode resultar em estiramento excessivo da bexiga e aumento da pressão intravesical, podendo causar irritação da mucosa e HD, piorando os sintomas de armazenamento e a incontinência urinária, além de tornar os tratamentos medicamentosos menos eficazes. O volume de RPM em que se institui as estratégias para otimizar o esvaziamento não é unânime na literatura.

Uma grande parcela destes pacientes com distúrbios neuro-urológicos realiza CVIL como forma de tratamento para realizar o esvaziamento. Além do CVIL, estratégias como Manobra de Credé, uso de cateteres acoplados a coletor, cateterismo

de demora, cistostomia, micção espontânea são comumente empregados, porém com resultados inferiores ao CVIL.¹⁰ Alguns, são submetidos a eventuais procedimentos cirúrgicos como a confecção de derivações urinárias, ressecções prostáticas, injeção de toxina botulínica esfínteriana.

Apesar disso, o CVIL permanece como a estratégia “padrão ouro” no esvaziamento vesical destes pacientes.¹¹ É um método seguro, voluntário, que promove o esvaziamento completo, além de ser um procedimento de baixa pressão. Ademais, está seguramente relacionado a menor índice de complicações quando comparado a outros métodos.¹² Uma equipe de profissionais de saúde treinados deve avaliar as barreiras para a implementação do método como fraqueza, falta de destreza manual, tremores e rigidez, bem como acuidade visual diminuída ou comprometimento cognitivo.

Nesse contexto, o CVIL consiste em um método de cateterismo realizado pelo próprio paciente ou por terceiros, geralmente familiares ou cuidadores. As drenagens podem ser realizadas em casa, no trabalho ou até mesmo em períodos de férias ou viagens. É possível realizá-las no banheiro, na cama ou até mesmo em locais improvisados. De maneira limpa, não necessariamente estéril, a pessoa que irá realizar o cateterismo lubrifica o cateter ou a uretra do paciente e o introduz até a bexiga, realizando o esvaziamento vesical, num período que deve ser ajustado individualmente, que varia em torno de 4 a 6 vezes ao dia, todos os dias da semana.

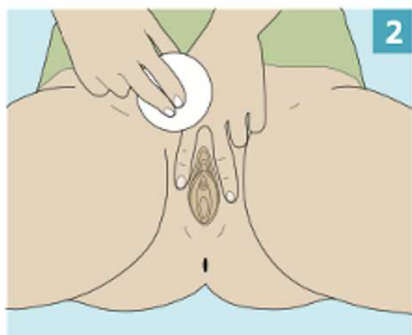
Diversos tipos de cateter podem ser utilizados: de uso único ou reutilizáveis, com ou sem pré-lubrificação, específicos para o gênero e com maior ou menor espessura. Após decidir-se pela estratégia de CVIL, o paciente e cuidadores devem passar por treinamento com a equipe de saúde, visando instruí-los sobre a anatomia urinária, o manejo do cateter, bem como a melhor maneira de lidar com possíveis obstáculos durante a rotina de cateterização.

A figura 4 demonstra uma sequência de instruções técnicas de como realizar o CVIL em mulheres.



1) Lave bem as mãos antes de começar e separe todo o material necessário. Abaixar a roupa para facilitar o acesso à genitália. No caso de realizar o

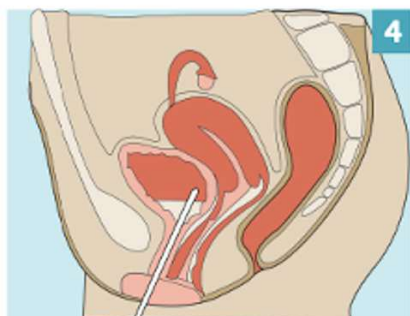
cateterismo em banheiro, procure o vaso sanitário. Em caso de realização na cama, realiza a abdução das pernas na posição sentada. Um banco de apoio pode ser necessário.



2) Realize a higienização e o preparo da região genital com água e sabonete. Dê atenção especial ao orifício da uretra. Retire o cateter da embalagem com a mão dominante e lubrifique a extremidade a ser introduzida com o gel de xilocaína.



3) Com a mão não dominante colocada próxima ao púbis, afaste os grandes lábios e introduza suavemente o cateter no orifício da uretra. Nunca utiliza força. Em caso de dificuldade, interrompa a introdução e procure ajuda.



4) Após introduzir o cateter, avance lentamente até observar a saída de urina. Neste momento, progrida por mais 2cm e aguarde até que a bexiga se esvazie e o fluxo aconteça normalmente. Após interrupção, retire lentamente o cateter, aguardando a saída de urina toda vez que perceber. Guarde o cateter na embalagem e o descarte em lixo doméstico. Não reutilize.



5) Após o procedimento, lave novamente as mãos.

- Dicas:
 - Utilize um espelho entre as pernas para facilitar a identificação da anatomia uretral.
 - Antes de começar, separe todo o material necessário.
 - Banheiros com identificação de PcD nem sempre estão adaptados para pacientes tetraplégicas.
 - Escolha a melhor posição para se cateterizar: no banheiro ou na cama; deitada ou sentada; na cadeira de rodas ou com apoio dos pés.
 - Para aquelas com dificuldade em se cateterizar próximas ao vaso sanitário, o uso de uma bolsa coletora acoplada ao cateter pode ajudar.

Figura 4 – Manual da técnica de cateterismo intermitente limpo (CVIL) para mulheres. Ilustração demonstrando os passos principais do procedimento. Adaptado de Coloplast (2025) ¹³

Entretanto, o uso de CVIL resulta em prejuízo na QV quando comparado aos indivíduos que conseguem manter um bom esvaziamento vesical sem manipulação da bexiga.¹⁴ Problemas com esse cateterismo estão relacionados à maior utilização de

serviços de saúde, dor¹⁵, pior desempenho físico, saúde mental, satisfação e desempenho sexual^{16,17}, além de prejuízo nas funcionalidades emocionais e sociais.

Após a LM, os pacientes ficam suscetíveis a uma série de complicações orgânicas e a DNTUI e suas consequências relacionadas estão entre as mais importantes relacionadas por pacientes e profissionais de saúde¹⁸. Pacientes com TRM listam a melhora da função vesical como mais relevante do que a melhora da função motora, por exemplo¹⁸. Pessoas que necessitam de CVIL necessitam, em média, de 4 horas a mais por semana para o manejo do tratamento.¹⁹

Existem custos financeiros diretos para o usuário de CVIL, por exemplo, perda de produtividade laboral, despesas com absorventes, cateteres, materiais de lubrificação e de higiene, como também para o sistema de saúde, com aumento de gastos com consultas médicas, fisioterapia, atendimento domiciliar, entre outros. Indiretamente, repercussões psicológicas podem acarretar perda de produtividade em casa e no trabalho, aumentando o risco de desemprego.³

A transição do ambiente clínico para o cotidiano pode ser desafiadora. Existe o conceito de zonas seguras. Estas, devem ser limpas, privadas e acessíveis, permitindo que os pacientes realizem o cateterismo com dignidade e controle. O CVIL fora de casa é um desafio para muitos. Estudos indicam que 3 em cada 10 usuários tem rotinas diferentes quando estão fora do domicílio. 3 em cada 10 banheiros públicos são construídos de maneira a dificultar as rotinas normais do cateterismo.¹³

1.5 Atual situação da população feminina em relação à LM

A reabilitação de pacientes com LM no Brasil enfrenta desafios significativos, incluindo a falta de centros especializados e de profissionais capacitados. A integração de serviços de saúde, desde o atendimento inicial até a reabilitação clínica e reintegração social é crucial para melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Investimentos em infraestrutura e capacitação profissional são essenciais para atender à crescente demanda por cuidados especializados.

O TRM ocorre cerca de quatro vezes mais em homens do que em mulheres, entretanto, a proporção de mulheres afetadas vem aumentando ao longo das últimas décadas.¹² Tanto os estudos qualitativos como os quantitativos têm como principal objeto o homem pelo simples fato de estes representarem a maioria. Não se pode simplesmente extrapolar dados obtidos em uma população de estudo majoritariamente masculina.

Apesar de afetar ambos os gêneros, na LM há certas variações em aspectos clínicos e funcionais entre os gêneros. As mulheres tendem a ter uma recuperação

locomotora mais rápida e melhor preservação da matéria branca e cinzenta na medula espinhal. Elas também apresentam uma recuperação sensorial mais rápida. Em termos de resposta inflamatória, a neuroinflamação é mais agressiva nos homens, o que pode prejudicar sua recuperação funcional.^{20,21}

Elas são mais propensas a experimentar dor neuropática crônica, com hipersensibilidade mecânica e térmica mais intensa. Na função urinária, há diferenças significativas: mulheres usam menos o CVIL e optam mais por cirurgias como cistostomia ou derivações urinárias, relatando piores sintomas urinários e menor satisfação no quadro em geral. Além disso, após a LM, as mulheres apresentam menor volume ósseo e maior risco de fraturas em comparação ao homens.^{22,23}

O gênero afeta o comportamento, a saúde, a maneira como a doença se desenvolve, o diagnóstico, o manejo e as consequências da patologia a longo prazo.¹⁷ Dois aspectos críticos na reabilitação de pacientes com LM e que podem necessitar de uma abordagem específica para as mulheres são o uso de medicações antimuscarínicas para tratar a HD e os sintomas de armazenamento e o tipo de cateterismo envolvido no esvaziamento vesical. Evidências suportam os antimuscarínicos como primeira opção nesses casos. No entanto, a expressão dos receptores no trato urinário inferior pode variar entre os gêneros, o que pode levar a respostas diferentes respostas ao tratamento.²⁴ Além disso, elas têm preocupações e desafios únicos a respeito do CVIL, como posicionamento, acidentes durante o ato sexual e insegurança nos relacionamentos.

Existem diferenças com relação ao comprimento da uretra, ausência da próstata, fisiologia da musculatura do assoalho pélvico e na distribuição dos receptores muscarínicos. Há maiores taxas de uso de cateteres suprapúbicos nas mulheres quando se compara a LM torácica.²⁴ A dificuldade em acesso à uretra, o conhecimento sobre a anatomia própria e a procura por maior independência podem explicar essa diferença. Em algumas pesquisas, o tempo para realização do CVIL foi substancialmente maior nelas, especialmente naquelas com sobrepeso ou dependentes da ajuda de cuidadores. Além disso, a falta de equilíbrio ao sentar foi frequentemente citada por mulheres como mais um fator que as levaram a procurar por uma opção de esvaziamento mais conveniente²⁵. Para as mulheres, é mais do que apenas entender como funciona o sistema urinário, é também uma questão de localizar o orifício uretral.

Do ponto de vista orgânico da patologia, fatores como uma maior predisposição a infecções e incontinência urinária são amplamente conhecidas pela comunidade científica. Estudos comparando escores de qualidade de vida entre homens e mulheres

com bexiga neurogênica, evidenciam mais sintomas urinários, principalmente incontinência, entre as mulheres, quando comparadas aos homens.²⁶

Também deve-se considerar o papel que a mulher ocupa na sociedade em geral. Aquelas que vivem com CVIL tendem a ter diferentes assistências em saúde e são mais propensas a gastos com um profissional de cuidados em saúde, por exemplo, do que os homens, que frequentemente têm o apoio do cônjuge como cuidador.²⁷ Elas reportam maior vulnerabilidade, preocupações com a privacidade e se identificam como minoria dentre os indivíduos com DNTUI.²⁸

Há grandes singularidades quando se analisa o impacto da QV na paciente que depende de CVIL. Fatores psicológicos influenciam diferentemente a reabilitação sexual, por exemplo. Mulheres que dependem menos de seu parceiro para realizar o CVIL são mais propensas à recuperação da vida sexual após o trauma.¹⁶ Algumas pacientes têm dificuldade na aceitação de sua nova condição, uma vez que não reconhecem seu corpo após o trauma. Muitas enxergam-se menos atraentes. Estudos descrevem que alguns parceiros passam a ter dificuldades de atingir ereções devido a situação e há até aqueles que evitam procurar o intercurso sexual com medo de machucar suas parceiras.

16

1.6 A Metodologia Qualitativa

Analisar experiências pessoais envolvem aspectos emocionais, sociais e psicológicos que são difíceis de quantificar. Métodos que envolvam entrevistas permitem ao pesquisador aprofundar-se em questões complexas como essas, explorar a influência de fatores ambientais, sociais e culturais. Ao invés de homogeneizar resultados, esse tipo de pesquisa valoriza singularidades, prioriza a escuta, dá espaço e protagonismo para o analisando.

Dentro do universo de estudo epidemiológico da neuro-urologia, existem poucos estudos que consideram fatores sociais e psicológicos no manejo da DNTUI.^{29,30} As limitações da literatura neste tópico incluem a dificuldade de generalização em virtude da inclusão de pacientes com diferentes etiologias de disfunção vesical num mesmo estudo, avaliação incompleta da interação entre fatores psicossociais e médicos associados e falta de uma amostragem representativa com relação a gênero e *status* funcional. Com raras exceções, estudos baseados somente em variáveis quantitativas (sintomas, funcionalidades, complicações) não permitem identificar exatamente por quais motivos o CVIL piora a QV do usuário. Do ponto de vista do pesquisador, é intuitivo perceber o impacto, entretanto, considerar a percepção do paciente é ainda mais relevante. O entendimento exato dos problemas psicossociais envolvidos nesse

processo é importante para entender as limitações individuais, além de abordar de maneira mais adequada as altas taxas de descontinuidade do método atualmente.³¹

A pesquisa qualitativa contribui descrevendo, interpretando e gerando teorias acerca de experiências individuais e interações sociais. Sua ocorrência é natural, ao contrário dos estudos experimentais, em que algumas situações são forçadas. Essa abordagem permite entender as experiências de indivíduos ou grupos no contexto exato em que suas perspectivas se encontram. Estudos qualitativos são comuns e têm valor amplo na literatura médica, pois são usados devido às suas possibilidades em descrever e interpretar parâmetros complexos e psicossociais, de um modo impossível para abordagens unicamente matemáticas.³²

Através de textos, falas de entrevistados, vídeos e áudios é possível entender um fenômeno em profundidade. Busca-se extrair evidências através de conteúdo produzido por seres humanos. Muito além das informações descritivas advindas das palavras pode ser obtido. É possível analisar entonações, pausas, expressões faciais, sentimentos declarados, além de impressões oriundas do entrevistador, como anotações de campo no momento da entrevista.

Devido ao crescimento do número total de mulheres com TRM e DNTUI, justifica-se o investimento em estudos que, considerando as diferenças essenciais anatômicas e funcionais entre os gêneros, além de outras sociais e culturais, tragam informações que permitam confronto. É fundamental estudar esse tipo de população. A análise das histórias oriundas de pessoas que convivem com essa patologia, permite que se examine domínios como ansiedade, vergonha, exclusão, confiança, impactos do método nos relacionamentos, no lazer e no trabalho.

Entender de que maneira esse processo afeta a QV das mulheres reúne também informações, de modo a permitir a elaboração de estratégias direcionadas para a população brasileira feminina.

Muitos estudos sobre o CVIL focam em aspectos clínicos e técnicos, deixando em segundo plano as experiências vividas pelos usuários. Com raras exceções, grande parte dos estudos focam em medidas quantitativas como sintomas e o funcionamento dos métodos de esvaziamento para definir o impacto da DNTUI na qualidade de vida dos pacientes. Dimensões humanas e subjetivas deste tratamento são frequentemente deixadas de fora em análises deste modo.

Nesta pesquisa, a discussão das experiências destas mulheres explora o conceito de *coping*, técnicas utilizadas por pessoas para enfrentar situações estressantes e desafios. Pacientes com doenças graves como câncer ou outras

condições crônicas, utilizam estratégias de enfrentamento para lidar com estresse físico ou emocional.³³ Esses artifícios, ajudam a se adaptar ao tratamento, gerenciar a ansiedade e o estresse que podem surgir durante a aprendizagem e a continuidade do método de esvaziamento.

Entre as estratégias adaptativas mais comuns estão a aceitação, o apoio emocional e a reestruturação positiva. A aceitação envolve o reconhecimento da realidade da situação sem a tentativa de modificá-la, o que pode diminuir a ansiedade e a depressão.³³ A reestruturação positiva permite que as pacientes encontrem significado em suas experiências, o que pode inclusive melhorar a qualidade de vida e a saúde psicológica.³⁴

Em contraste, estratégias não adaptativas, como a negação e a auto-culpa, estão ligadas a resultados emocionais negativos. A negação pode aumentar os sentimentos relacionados a ansiedade, enquanto a auto-culpa está relacionada a uma pior qualidade de vida.³³ O distanciamento, por sua vez, tende a ser menos eficaz no manejo do estresse associado a doenças crônicas.³⁵

A escolha dessas estratégias pelos próprios pacientes de doenças crônicas pode ser influenciada por fatores sociodemográficos, como gênero e nível educacional. Como exemplo, as mulheres e as pessoas com maiores indicadores socioeconômicos tendem a utilizar mais as estratégias adaptativas.^{35,36} Logo, investigar as estratégias de *coping* utilizadas por cada uma delas permite uma compreensão profunda de sua percepção do próprio desafio e permite análises mais profundas acerca do tema, podendo contribuir para um suporte em saúde mais personalizado.

2. JUSTIFICATIVA

Embora a prática do CVIL seja bem conhecida e documentada como intervenção crucial nas mulheres que convivem com disfunções de esvaziamento da bexiga, o impacto psicossocial e na QV ainda é pouco explorado. A escassez de estudos focados exclusivamente no sexo feminino torna urgente e necessário entender de que maneira essa prática afeta a população feminina e quais as consequências para a independência, autonomia, saúde mental e no cotidiano dessas mulheres.

Este estudo justifica-se pela necessidade de compreender em profundidade as percepções e experiências dessas pacientes nos mais variados aspectos de sua vivência com o método. O objetivo é não apenas acrescentar ao conhecimento científico sobre este tema, mas também fornecer ferramentas para o desenvolvimento de práticas mais empáticas e individualizadas no cuidado dessas patologias. Existe uma lacuna significativa na literatura que precisa ser preenchida, especialmente considerando que os textos atuais sugerem que as mulheres possuem preocupações distintas dos homens com relação à vida com CVIL.

A metodologia qualitativa permite explorar a complexidade da experiência vivida por cada paciente de forma bastante personalizada. Esta flexibilidade desenvolve um diálogo muito mais profundo, permitindo que as participantes se expressem de forma livre, valorizando suas vozes e seus próprios termos. Ao dar enfoque majoritariamente qualitativo, este estudo busca demonstrar uma perspectiva integral e personalizada sobre os desafios e necessidades específicas das usuárias de CVIL, de forma sensível, reflexiva e autônoma.

Além disso, ao focar nas experiências e percepções das mulheres, este estudo pretende contribuir para a elaboração de estratégias de cuidado mais eficazes e adaptadas às necessidades específicas dessa população. A compreensão detalhada dos impactos psicossociais e na QV pode orientar profissionais de saúde na implementação de intervenções que promovam uma melhor qualidade de vida e reintegração social para essas pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo

Geral

Compreender em profundidade as percepções e experiências de mulheres que realizam o CVIL, investigando de que maneira esta prática afeta a QV das mulheres, bem como sua relação com a autonomia e independência nos âmbitos sociais, de família, de trabalho, de saúde e de relacionamento.

3.2 Objetivos Secundários

- Analisar as barreiras práticas e emocionais associadas ao uso do CVIL.
- Identificar mecanismos de enfrentamento e suporte que ajudam as pacientes a enfrentarem sua condição.
- Analisar a repercussão da CVIL na saúde mental das pacientes: explorar sentimentos de ansiedade, os estigmas e as diversas questões psicológicas envolvidas no CVIL.
- Contribuir para a formulação de estratégias de cuidado nesta população específica e proporcionar melhor manejo da comunidade de profissionais de saúde sobre os aspectos psicossociais envolvidos nesta prática.
- Propor recomendações para a prática clínica baseada nas experiências descritas.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento e local do estudo

Estudo de natureza qualitativa que envolveu entrevistas individuais semiestruturadas, realizadas na cidade de Londrina-PR, durante o período de junho de 2023 a outubro de 2024. Foi utilizado o COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*) como *guideline* para elaboração do estudo.³⁷ (ANEXO A)

4.2 Aspectos éticos

Este projeto já foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário Regional Norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina (HURNP/UDEL) (CEP-UDEL) pelo parecer de nº 6.186.909 (ANEXO B). As pacientes receberam informações a respeito da pesquisa a ser desenvolvida e aquelas que consentiram a participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C).

4.3 Critérios de inclusão e exclusão das participantes

Mulheres, maiores de 18 anos, usuárias de CVIL devido a DNTUI de instalação aguda, independentemente do nível de LM e que aceitaram participar voluntariamente do estudo sem qualquer compensação financeira e que preencheram livremente o termo de consentimento. Foram contactadas pacientes atendidas em clínica particular de Urologia da cidade de Londrina - PR, Urolit, além de pacientes acompanhadas pelo Ambulatório de Urologia Geral e Disfunções Miccionais do Hospital das Clínicas da UEL.

Apesar de terem sido estabelecidos critérios claros para a seleção das participantes, é essencial considerar as potenciais limitações inerentes ao processo de seleção da amostra. Um possível viés identificado é a predominância de participantes com paraplegia, já que a amostra final incluiu apenas uma mulher tetraplégica. Isso pode influenciar a diversidade de experiências relatadas e a aplicação dos resultados a outras subpopulações com diferentes níveis de LM. Além disso, o recrutamento foi restrito a um único local geográfico e a pacientes de determinadas clínicas, o que pode limitar a generalização dos resultados para contextos distintos.

4.4 Equipe de pesquisa e reflexividade

As entrevistas foram conduzidas por apenas um autor, do sexo masculino, médico urologista e pesquisador principal, com treinamento prévio sobre condução de

entrevistas em pesquisa qualitativa. Na ocasião, o pesquisador não possuía nenhum tipo de vínculo assistencialista ou pessoal com as entrevistadas.

As pacientes entrevistadas tinham ciência de que o intuito do estudo era o desenvolvimento de uma pesquisa e dissertação de mestrado, conheciam a especialidade do entrevistador e os objetivos que este buscava através da pesquisa. No entanto, não havia qualquer relacionamento ou conhecimento prévio do pesquisador com as entrevistadas ou vice-versa.

4.5 Recrutamento

A partir de pacientes atendidas no ambulatório de urologia da Universidade Estadual de Londrina ou na clínica Urolit da mesma cidade, foram convidadas mulheres portadoras de DNTUI. O primeiro contato se deu via remota por ligação telefônica ou mensagem de celular e foi aplicado o TCLE, via **Formulários Google®**, e na sequência do aceite foi agendada a entrevista.

Não foi estabelecido um número fixo de entrevistas no início do estudo. Não se diferenciou as pacientes entre as etiologias da LM, nem conforme paraplegia ou tetraplegia, mas se selecionou apenas DNTUI de instalação aguda, evitando disfunções congênitas, como meningomielocele. A saturação dos dados foi um critério fundamental para se estabelecer o número de entrevistadas. Para se chegar à saturação de dados foi utilizada amostragem teórica, na qual a coleta e a análise contínua dos dados ocorreram em paralelo e de forma contínua. O conceito de saturação teórica, conforme definido por Fontanella et al.³⁸, refere-se à interrupção da inclusão de novos participantes no momento em que os dados começam a apresentar redundância ou repetição, não contribuindo de forma significativa para a reflexão teórica baseada nos dados coletados.

À medida em que todas as categorias e domínios relevantes para a discussão foram sendo atingidos, observou-se repetição dos temas e diminuição de novas informações, tendo sido alcançada a saturação após 13 entrevistas. Houve um total de 13 entrevistas, com desistência de 2 pacientes e 4 pacientes se recusaram inicialmente a participar do estudo. Os motivos relatados para a recusa foram a indisponibilidade de tempo e a falta de interesse no projeto.

4.6 Cenário

Após autorizar as entrevistas, as pacientes puderam optar entre entrevista presencial ou por videoconferência. A escolha foi livre por parte das entrevistadas e não sofreu qualquer mudança ou favorecimento por parte do entrevistador.

As entrevistas presenciais aconteceram na sala de consultório médico do pesquisador, numa clínica privada de Urologia da cidade de Londrina-PR. As pacientes puderam optar pelo dia e horário das entrevistas, compareceram voluntariamente ao local, foram recepcionadas por uma funcionária da clínica que tinha prévio conhecimento sobre a vinda das entrevistadas e o intuito da reunião.

Algumas chegaram acompanhadas de cuidadores ou familiares que foram orientados a permanecerem na recepção durante o tempo da pesquisa. Ao iniciar a atividade, pesquisador e entrevistada permaneceram sentados de frente um ao outro, em ambiente habitual de consultório médico.

No caso das videoconferências, o entrevistador encontrava-se no consultório ou em escritório pessoal de trabalho e todas as entrevistadas situavam-se em suas próprias residências. Na opção remota, a ferramenta escolhida foi o programa *Zoom Workplace*. Foi enviado convite para sala virtual com senha e algumas pacientes acessaram a videoconferência através de telefone celular e outras através de computador pessoal.

Não houve a participação direta ou indireta de outros integrantes nas entrevistas.

4.7 Coleta de dados

Após a conferência do preenchimento do TCLE, foram explicitados novamente os objetivos da pesquisa e solicitada autorização para o início da gravação. As entrevistadas preencheram o Formulário de caracterização socio-demográfica (APÊNDICE A), contendo dados socioeconômicos gerais da paciente (gênero, idade, formação acadêmica, ocupação, entre outros). Em sequência, realizou-se o preenchimento do Formulário Clínico (APÊNDICE B), no qual dados como tipo e nível de LM, tempo decorrido, estado civil e ocupação profissional na ocasião, bem como questões relacionadas ao CVIL como local de realização, auto cateterismo ou dependente de terceiros, frequência e duração do método.

Iniciou-se, então, a entrevista baseada em quinze perguntas semi-estruturadas (APÊNDICE C), porém permitindo que as pacientes pudessem transitar livremente entre os tópicos, não seguindo exatamente algum tipo de ordem. Às entrevistadas foi concedido o direito de levantar tópicos ou perguntas que fossem relevantes e que não tivessem sido propostas pela equipe de pesquisa, bem como a se negar a responder alguma questão que pudesse causar qualquer tipo de constrangimento. Frases como “me dê exemplos dessas situações” ou “me conte um pouco mais como você se sentiu nesses momentos” foram usadas para continuar a entrevista.

Houve uma primeira entrevista como teste-piloto com a primeira das pacientes, conduzida para estruturar as entrevistas subsequentes, avaliar o curso das interações

entrevistador-entrevistada, planejar melhor a ordem das perguntas e identificar possíveis momentos de hesitações e clímax emocional. Esta entrevista-piloto foi incluída nas análises, contribuindo para a compreensão das dinâmicas emocionais e discursivas envolvidas.

A gravação das entrevistas presenciais se deu através de aplicativo de gravação de voz do *Macbook – Apple*, com o computador posicionado lateralmente às entrevistadas, enquanto as teleconferências foram gravadas de forma integral, áudio e vídeo pelo aplicativo Zoom Workplace (Zoom Video Communications, Inc., 2024). A duração média foi de 47 min. Foram realizadas notas de campo manuais durante as entrevistas. Não foi necessário repetir entrevistas e não houve qualquer devolutiva de transcrições ou gravações às pacientes.

As dificuldades enfrentadas durante as entrevistas também merecem destaque. Algumas participantes apresentaram hesitações iniciais em compartilhar suas experiências mais íntimas e pessoais, um desafio superado com o uso de técnicas de entrevista que promoveram um ambiente mais confortável e de confiança. As condições das entrevistas também variaram. Em entrevistas por videoconferência, certas limitações tecnológicas, como a conexão instável com a internet, exigiram paciência e ajustes durante a condução das sessões.

4.8 Transcrição das entrevistas

Para a transcrição literal das entrevistas realizadas com as participantes foi utilizada a ferramenta *Happy Scribe*. Essa plataforma foi escolhida devido a sua capacidade de fornecer transcrições precisas em língua portuguesa, além de oferecer funcionalidades que facilitam a edição e revisão dos textos transcritos.

Processo de transcrição:

1. *Upload* do arquivo: Os arquivos de áudio ou vídeo das entrevistas foram carregados na plataforma *Happy Scribe*. Os formatos suportados incluíram mp4 e WAV.

2. Seleção do serviço: Optou-se pela transcrição automática inicialmente, seguida de uma revisão manual utilizando o editor interativo da plataforma para garantir a precisão dos dados transcritos. Em todos os casos, houve pelo menos uma revisão humana das transcrições.

3. Revisão e edição: Após a transcrição automática, os arquivos foram transformados em texto e todas as entrevistas foram revisadas pelo entrevistador e por uma assistente. Esta, aluna do quinto ano de medicina da Universidade Estadual de Londrina, participou voluntariamente da análise e edição sem ter participado do processo de entrevista ou ter prévio conhecimento das entrevistadas.

4.9 Análise

Para a análise qualitativa das transcrições das entrevistas, foi utilizado o software MAXQDA. Este software foi escolhido por suas robustas funcionalidades que facilitam a codificação, organização e visualização dos dados qualitativos, além de oferecer suporte na língua portuguesa, fundamental para o manuseio dos dados neste estudo.

O processo de análise iniciou-se com a importação das transcrições para o MAXQDA em formatos de texto (.docx ou .pdf), permitindo o acesso e a manipulação direta das informações dentro do software. Uma das principais funções do MAXQDA é a criação e gerenciamento de um sistema de códigos, usado para categorizar segmentos de texto com base em temas ou conceitos emergentes. Este sistema de codificação é visualizado em um mapa hierárquico que auxilia na identificação de relações entre diferentes códigos e temas.

O MAXQDA também oferece ferramentas avançadas para visualização de dados, como a matriz de código e a nuvem de palavras, que ajudam a destacar padrões discursivos e a frequência de termos utilizados pelas participantes. A visualização gráfica facilita a identificação de tendências e elementos anômalos nos dados, enriquecendo a compreensão das narrativas analisadas.

Além disso, o software permite a criação de anotações analíticas, nas quais reflexões sobre o processo de codificação e ideias emergentes podem ser registradas, organizando o pensamento crítico durante a análise. Essas anotações são vinculadas a códigos ou segmentos de texto específicos, integrando observações analíticas ao material original de forma sistemática.

O uso dessas ferramentas no MAXQDA incrementou significativamente a análise, permitindo uma exploração mais profunda e estruturada das experiências relatadas pelas participantes, ajudando a elucidar as complexas dinâmicas emocionais e sociais associadas ao uso do CVIL.

4.10 Orientação metodológica e teoria

A metodologia escolhida para este estudo é a análise de discurso, fundamentada nos princípios teóricos desenvolvidos fundamentalmente pela intersecção de três domínios disciplinares distintos, cada um contribuindo com aspectos essenciais para a compreensão do discurso.

Primeiramente, a linguística, que traz a afirmação da não transparência da linguagem, reconhecendo que a relação entre linguagem, pensamento e mundo não é

única nem direta. Em segundo lugar, o materialismo histórico fornece a perspectiva de que o discurso é fundamentalmente influenciado pelas condições materiais e históricas de sua produção. Por fim, a psicanálise contribui com a noção de sujeito descentrado, atravessado pelo inconsciente, que não é totalmente dono de seu dizer. Esta tríade teórica permite uma abordagem que vai além da análise superficial do texto, buscando compreender os processos de significação, as ideologias subjacentes e os efeitos de sentido produzidos no discurso.

A análise por essa abordagem vai além da mera interpretação do conteúdo linguístico, busca compreender como o discurso produz sentidos e como estes são afetados pela ideologia e pelo contexto sócio-histórico das pacientes. Na análise de discurso, considera-se que a linguagem é opaca, não transparente, carregada de significados que vão além do que é explicitamente dito.³⁹ O discurso é o lugar no qual se pode observar a relação entre língua e ideologia, compreendendo de que maneira a língua produz sentidos para os sujeitos. Neste estudo, a análise de discurso será aplicada às narrativas das mulheres com LM e DNTUI, permitindo uma compreensão mais profunda de suas experiências, não apenas pelo que é dito, mas também pelos silêncios, pelas hesitações e pelas escolhas linguísticas feitas, além de suas expressões faciais. Esta metodologia possibilita explorar as dimensões sociais, culturais e pessoais que influenciam a forma como essas mulheres percebem e expressam suas vivências com o cateterismo intermitente, revelando aspectos que poderiam passar despercebidos em abordagens mais tradicionais de análise de conteúdo.

4.11 Codificação e análise discursiva

A análise das entrevistas transcritas foi realizada utilizando o software MAXQDA, que auxiliou na organização e visualização do material discursivo. O processo analítico foi guiado pelos princípios da análise de discurso, conforme proposto por Orlandi³⁹, buscando identificar as formações discursivas e os efeitos de sentido produzidos nas falas das participantes.

Inicialmente, realizou-se uma leitura flutuante das transcrições, permitindo uma imersão no universo discursivo das entrevistadas. Em seguida, procedeu-se à identificação de regularidades discursivas e marcas linguísticas que apontassem para formações discursivas específicas. O software MAXQDA foi utilizado para marcar e organizar essas regularidades, não como simples categorias, mas como indícios de processos discursivos mais amplos.

Após a transcrição das entrevistas, iniciou-se um processo de leitura e organização dos dados visando a análise qualitativa das falas transcritas. Cada

entrevista foi lida individualmente, destacando-se sentenças significativas que expressavam emoções, desafios e experiências centrais das participantes. Essas sentenças foram categorizadas em temas como medo, ansiedade, vergonha, trabalho, relacionamento, lazer, adaptações sociais, técnica de cateterismo, complicações orgânicas, preocupações, instrução, entre outros. Essa organização por categorias destacadas forao escolhida pelo autor, de acordo com a previsão da análise que se pretendia atingir e por algumas categorias destacadas nos estudos relevantes da bibliografia. Importante destacar que o processo não foi estático, ou seja, durante a releitura e escrita posterior, novas ideias foram surgindo e outras categorias foram criadas.

Para facilitar o manejo e a análise dos dados, cada categoria foi assinalada com uma cor distinta, permitindo uma visualização clara e imediata das áreas temáticas abordadas em cada narrativa.

Com as frases organizadas por categorias temáticas, o MAXQDA possibilitou a sistematização e o armazenamento de trechos destacados de forma eficiente. Ao selecionar uma categoria, foi possível visualizar todos os trechos previamente selecionados e filtrá-los de acordo com o subtema escolhido. Isso também permitiu uma organização manual das categorias nos três períodos discursivos centrais descritos na sequência.

Adicionalmente, o uso do MAXQDA não só facilitou a categorização e organização dos dados, mas também ofereceu ferramentas para análises mais complexas, como a avaliação da frequência das palavras utilizadas pelas entrevistadas, bem como a possibilidade de gerar gráficos e diagramas, o que auxiliou na visualização das frequências de códigos e relações entre temas, oferecendo um suporte visual que complementa a análise e facilitou a identificação de padrões nos discursos.

A análise buscou compreender as condições de produção dos discursos, considerando o contexto sócio-histórico das participantes e as relações de poder que permeiam suas experiências com o CVIL. Atenção especial foi dada aos silenciamentos, contradições e não-ditos presentes nas falas, elementos fundamentais na análise de discurso.

As formações discursivas identificadas foram organizadas em três momentos discursivos principais, que refletem a trajetória das participantes em relação ao uso do CVIL:

- 1. O discurso da ruptura e adaptação inicial:** Aborda o processo de seleção e uso do cateter. Disserta sobre os desafios enfrentados pelas pacientes ao lidar com a nova realidade

2. **O discurso da aprendizagem e normalização:** Desenvolvimento de habilidades práticas e conhecimentos necessários para a rotina com o uso do CVIL. Aborda o processo de normalização da nova condição.
3. **O discurso da resignificação e nova realidade:** Aceitação e integração do CVIL na vida diária das pacientes. Analisa a gestão dos impactos emocionais e sociais envolvidos na rotina

Esta organização não representa categorias estáticas, mas sim um movimento dinâmico do discurso, permitindo observar como os sentidos são produzidos e transformados ao longo da experiência das participantes com o CVIL.

A análise também considerou o interdiscurso, buscando compreender como discursos anteriores e externos (médicos, sociais, culturais) influenciam e se manifestam nas falas das participantes. O software MAXQDA auxiliou na visualização dessas relações interdiscursivas, permitindo uma análise mais aprofundada dos efeitos de sentido produzidos.

Finalmente, a interpretação dos resultados buscou não apenas descrever os discursos, mas compreender como eles funcionam, produzem sentidos e se relacionam com as condições de produção específicas das mulheres que utilizam o CVIL.

Durante o processo de análise, foram criadas anotações para documentar reflexões analíticas, hipóteses emergentes e observações sobre os dados para auxiliar na interpretação dos resultados. O mesmo material na transcrição poderia ser codificado em múltiplos temas se representasse mais de um tema psicossocial.

Utilizou-se as funcionalidades de visualização do software gerando gráficos e diagramas que ilustrassem as frequências de códigos e as relações entre os temas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão estão apresentados na forma de texto discursivo e, a seguir, na forma de artigo científico que será submetido ao periódico ***Neurourology & Urodynamics*** (ANEXO D); intitulado: **Desafios enfrentados por mulheres com lesão medular que realizam cateterismo vesical intermitente: um estudo qualitativo.**

5.1 Resultados

5.1.1 Caracterização das entrevistadas

Participante	Idade	Trabalho atual	Escolaridade	Estado civil	Trabalho na época da lesão	Ano da LM	Nível LM	Motivo	Início do CVIL	Frequência	Local	Responsável
E1	44	Síndica	Segundo grau	Solteira	Não	1997	T5	Acidente automobilístico	Imediato	4-5x ao dia	Cama	A própria
E2	43	-	Superior	Casada	Sim	2018	T6/7	Atropelamento por bicicleta	Imediato	6x ao dia	Banheiro e cama	A própria
E3	33	-	Segundo grau	Divorciada	Não	2017	T4/5	Trombose medular	4 anos	6x ao dia	Cama	A própria
E4	20	Recursos humanos	Superior em curso	Solteira	Não	2013	L2/3/4	Acidente automobilístico	1 ano	6x ao dia	Cama	Mãe / enfermeira
E5	23	-	Superior	Solteira	Não	2020	T4/5	Queda	Imediato	6x ao dia	Cama	A própria
E6	49	-	Superior	Casada	Sim	2020	T7/8	Cirurgia ortopédica	Imediato	6-7x ao dia	Cama	A própria
E7	51	Vendedora	Segundo grau	Casada	Não	1991	T12	Acidente automobilístico	3 meses	6x ao dia	Cama	A própria
E8	32	-	Superior	Divorciada	Não	2015	T7	Cirurgia ortopédica	imediatamente	8x ao dia	Cama	A própria
E9	34	Empresária	Segundo grau	Casada	Sim	2023	T8	Cirurgia ortopédica	Imediato	4x ao dia	Cadeira	A própria
E10	62	-	Superior	Divorciada	Sim	2010	C5/6	Cirurgia ortopédica	Imediato	6x ao dia	Cama	Filhos
E11	28	-	Segundo grau	Casada	Não	2019	T5	Acidente automobilístico	Imediato	6x ao dia	Chão	A própria
E12	45	Empresária	Segundo grau	Casada	Sim	2016	T8	Queda	Imediato	3x ao dia	Cama	A própria
E13	56	Professora	Superior	Casada (em um novo relacionamento)	Sim	2008	L4	Cirurgia ortopédica	6 anos	6x ao dia	Cama	A própria

Tabela 1: Características sociodemográficas, clínicas e contextuais de mulheres que realizam cateterismo vesical intermitente limpo (CVIL).

O estudo incluiu 13 mulheres com idades variando entre 20 e 62 anos (média de 40 anos, mediana de 43 anos).

5.1.2 Formações discursivas

A análise das entrevistas transcritas foi conduzida com o objetivo de identificar as formações discursivas que compõem as experiências das participantes do estudo. Utilizando a Análise de Discurso como metodologia principal, foram estabelecidas palavras-chave iniciais que orientaram o processo de investigação: ansiedade, medo, vergonha, adaptação, independência, autonomia e perda de controle. Esses termos foram escolhidos por sua relevância em capturar as emoções e os desafios enfrentados pelas mulheres após a LM e durante o uso do CVIL.

Codificação inicial e processo de análise

O processo de codificação começou com uma leitura detalhada das transcrições, onde as palavras-chave pré-definidas foram marcadas e associadas a contextos específicos, permitindo assim a identificação de temas subjacentes e padrões discursivos. Esta abordagem inicial facilitou a organização das experiências subjetivas das participantes e permitiu observar como eram expressas através do discurso.

- **Ansiedade e Medo:** foram emoções intensamente presentes no começo da jornada das entrevistadas; refletindo o impactante efeito da LM sobre elas. A ansiedade e o medos estavam comumente vinculados à falta de clareza em relação ao que o futuro reservava e à habilidade de se ajustar a uma nova realidade cotidiana. O receio em especial era frequentemente relacionado à espera pelo desconhecido e a possíveis complicações com o CVIL.
- **Vergonha e Perda de Controle:** A vergonha apareceu em contextos relacionados à perda de controle e à dependência, especialmente na fase inicial do uso do CVIL. A perda de controle era frequentemente mencionada em relação à necessidade de assistência para realizar o cateterismo e à exposição de sua vulnerabilidade em espaços públicos e privados.
- **Adaptação, Independência e Autonomia:** Esses conceitos foram centrais no discurso das participantes, manifestando-se fortemente nas narrativas sobre o aprendizado e a normalização do uso do CVIL. A linguagem adaptativa indicava uma mudança de uma dependência inicial para uma crescente autonomia com

o passar do tempo resultando numa busca constante por retomar o controle de suas vidas.

Caracterização das Formações Discursivas

Com base na codificação inicial e na análise das estruturas discursivas, foram definidas três formações discursivas principais que descrevem as trajetórias das participantes:

1. O Discurso da Ruptura e Adaptação Inicial:

- Este discurso captura a transição abrupta enfrentada pelas mulheres ao ajustar-se à nova realidade pós-lesão. As falas expressam intensamente os sentimentos de medo, perda de controle e insegurança e destacam os desafios encontrados ao tentar recuperar um senso de autonomia.

2. O Discurso da Aprendizagem e Normalização:

- À medida que as participantes se adaptam ao uso do CVIL, o discurso reflete um processo de capacitação e aquisição de habilidades, abordando a normalização das novas rotinas e a integração do CVIL nas suas vidas diárias. Relatos sobre superação de dificuldades técnicas e a busca por recursos de apoio social e médico aparecem nesta etapa.

3. O Discurso da Ressignificação e Nova Realidade:

- Nesta etapa, o discurso indica uma ressignificação mais profunda da experiência de vida das participantes. Falas revelam um equilíbrio entre desafios contínuos e novas oportunidades para reintegração social, profissional e pessoal, manifestando uma aceitação mais plena da sua condição de saúde. Também explora o impacto do cateterismo nas diferentes esferas da vida, com foco em subtemas como o trabalho, as viagens e os relacionamentos amorosos.

As formações discursivas oferecem uma visão abrangente das complexidades enfrentadas pelas participantes e destacam como elas reinterpretam suas identidades e papéis sociais à luz de suas experiências com a LM e o uso do CVIL. Esta análise abrangente proporciona material para análises valiosas, culminando no desenvolvimento de suporte e estratégias de cuidado mais eficazes para mulheres com DNTUI.

5.1.2.1 O discurso da ruptura e adaptação inicial:

O encontro com a LM por parte das mulheres participantes, muitas vezes resultante de eventos abruptos como traumas ou complicações cirúrgicas, marca um ponto de inflexão significativo em suas vidas, caracterizado por uma profunda sensação de choque emocional diante da mudança drástica nas realidades até então vivenciadas. Este primeiro contato com a nova condição é frequentemente envolto por diversas emoções, incluindo o medo e a perda de controle, à medida que as mulheres enfrentam a ruptura com seu estado de saúde anterior.

"Entender que pessoas da mesma idade que eu, na época, né? Também estavam passando por aquilo. Porque aquilo é um mundo, é, eu costumo dizer, é morrer e nascer de novo, né? Num outro planeta. Porque uma hora você anda, tem o corpo perfeito e de repente acontece tudo." (E1)

Este depoimento destaca a experiência de passar por uma transformação forçada e um renascimento simbólico em um novo mundo, como discutido na análise de discurso de Orlandi ³⁹, onde as condições de produção do discurso refletem a dramaticidade do contexto vivido.

Para muitas, a adaptação à nova realidade envolveu não somente enfrentar os desafios físicos, mas também aceitar uma mudança radical em sua independência pregressa.

A fala de E7 ilustra essa mudança:

"Eu fui para o Japão emancipada com 18 anos, então assim, eu me senti assim muito livre e aí disso, você voltar a uma dependência, voltar a ser uma criança, que é o que você se sente, uma criança totalmente, ainda mais que você tá ali aprendendo tudo e você acha que não existe esse recomeço. Não existe. Lá, naquele começo, você não pensa que vai existir um recomeço. Não, você imagina cadeira, cama, cadeira..." (E7)

Esse trecho mostra como a pessoa é obrigada a se reconstruir diante das novas circunstâncias; onde se sentem estagnadas e imóveis tanto fisicamente quanto

emocionalmente. O relato destaca o desafio de passar de uma vida autônoma para uma situação de dependência em que recomeçar parece ser uma perspectiva inexistente no início. O relato de E7 também demonstra a complexidade emocional da nova dependência e da necessidade de pedir ajuda:

“Aprendi assim no ódio, aprendi no ódio a ter que pedir ajuda porque é uma coisa muito complicada quando você começa...quando você começa a precisar das pessoas...precisar, porque é uma necessidade que você tem de pedir as coisas, até mesmo a dificuldade de pedir até para um pai, para uma mãe, começa das pessoas próximas, você não gosta, não é legal.” (E7)

Este discurso ressalta a dificuldade emocional experimentada ao perder a autonomia pessoal e a frustração de ter que depender de outras pessoas mesmo que sejam familiares próximos. Além disso, houve uma menção sobre como essa mudança afetou não apenas o indivíduo, mas também as pessoas ao seu redor:

“Eles tiveram que aprender a mexer com o bebê grande, né? É, no início era assustador, né? Porque a gente não tinha controle de nada, não conhecia o corpo, a espasticidade.” (E2)

Este relato destaca a necessidade de adaptação coletiva, onde tanto as pacientes quanto suas redes de apoio precisaram se ajustar à nova situação, enfrentando juntos um processo desconhecido. Uma nova dinâmica familiar se estabeleceu, exigindo que todos ao redor das pacientes também se adaptassem à nova condição. Este processo coletivo transformou familiares em cuidadores improvisados, que precisaram adquirir rapidamente habilidades e conhecimentos sobre cuidados específicos, como a manipulação do corpo paralisado, noções sobre anatomia, a gestão do CVIL e o atendimento às necessidades diárias básicas.

Além do impacto inicial da lesão, elas são confrontadas com o diagnóstico de disfunção vesical, incorporando o uso do CVIL como parte de sua nova rotina de cuidados. A maneira como essa informação foi comunicada variou entre as participantes. Receber notícias de saúde potencialmente devastadoras inicia todo um processo emocional, no qual o suporte empático e ético dos profissionais de saúde é

fundamental para ajudar os indivíduos a enfrentarem o impacto inicial.⁴⁰ As participantes descreveram este primeiro contato com a nova condição como um momento de desorientação e vulnerabilidade. A maioria delas recebeu essa orientação ainda no ambiente hospitalar, onde foi introduzida ao método de CVIL, muitas vezes em circunstâncias de pressão e com acompanhamento limitado. Algumas participantes foram posteriormente encaminhadas a centros de referência ou clínicas de especialistas, onde puderam receber orientações mais detalhadas e acompanhamento contínuo.

Uma participante (E13) relatou: *"Então, quando eu estava no hospital, ele até falou dessa de demora, que eu teria que ficar com a bolsinha e tal, então assim, como eu era uma pessoa ativa e, assim, tenho um relacionamento, eu achei que a sonda de alívio iria me atrapalhar menos do que ficar andando com uma bolsa."* Essa experiência demonstra a necessidade de ajustar as recomendações médicas à rotina, destacando a importância da orientação logo no início da reabilitação.

Apesar disso, algumas participantes tiveram que buscar formas alternativas de aprender sobre o CVIL, através de recursos online, como vídeos no *YouTube*, por exemplo.

E6 compartilhou: *"Então, caiu... é para cair a ficha assim eu tenho que passar a sonda. Eu tenho, mas não conseguia. Então era a minha mãe ou minhas irmãs que faziam para mim, sabe, que me ajudava. E aí eu fui aprender a fazer mesmo foi quando eu fui morar sozinha e com o meu ex-marido e meu filho. E daí eu aprendi na internet igual eu falei para você, sabe, que deu na internet."* Este relato mostra a determinação e a criatividade, necessárias quando a instrução formal não foi disponível.

"É. No YouTube tem esse negócio de curso de enfermagem e daí eu aprendi vendo. Aprendi." (E6).

Esta variabilidade nas experiências de ensino reflete as diferentes trajetórias de adaptação e aprendizado das participantes, influenciadas pelas condições do local de atendimento inicial e pelo acesso a recursos especializados.

5.1.2.2. O discurso da aprendizagem e normalização

Após o período inicial de ruptura e adaptação, as participantes entraram em uma fase de aprendizagem e normalização, na qual iniciaram o desafio de incorporar o CVIL

em suas rotinas diárias. Este período foi marcado por dificuldades significativas, mas também trouxe a busca por independência.

Um dos temas recorrentes foi a dificuldade na aprendizagem do cateterismo, especialmente em respeito à técnica e à anatomia feminina, bem como nas diferenças percebidas ao comparar o cateterismo feminino e masculino:

“A própria técnica e a anatomia também do corpo, porque a uretra é muito difícil, no começo eu fazia só com o espelho, então é muito difícil achar a uretra na mulher, né? Acredito que no homem é bem mais fácil...”
(E8)

“Para o homem porque a mesma coisa que você sai o homem é mais fácil e ir ao banheiro lá que você vai no shopping dos banheiros adaptado para homem é mais fácil. Para a mulher nem tanto. E às vezes, esses dias, eu estava até procurando umas roupas adaptadas, uma calça que eu vi na numa marca e que tinha tanto pro homem era muito fácil. Para a mulher não, para a mulher é muito complicado ter que tirar a roupa; homem não, homem você abre a calça jeans ali e você consegue passar uma sonda; para a mulher é complicado, você tem que ou você estar de saia ou você tem que arrancar toda a roupa. É complicado, bem mais difícil.” (E12)

Além das dificuldades técnicas, muitas participantes enfrentaram desafios para obter o material necessário para a prática do CVIL. E3 compartilhou sua experiência de depender de suprimentos comprados *online* até que conseguiu apoio de um posto de saúde local:

“Antes eu comprava tudo no Mercado Livre de monte, fralda de monte, daí agora que eu consegui acertar a rotina, eu consegui ir no postinho perto da minha casa, na minha cidade, conversei com a enfermeira, daí eu tô pegando a sonda do governo mesmo, sabe? Legal.” (E3)

A adaptação do espaço físico foi outro desafio. E3 descreveu como precisou ajustar sua casa para facilitar o procedimento: *"É porque eu vivia molhada. Aqui eu adaptei tudo para mim, sabe? Comprei um sofá. Hoje eu consigo fazer na cadeira, mas logo que eu cheguei, eu caía. Eu caía várias vezes. Eu ia tentar passar pra privada e caía."*

O tema da autonomia foi caracterizado por momentos de discordância em relação ao que se esperava ser a normalidade, como relatado por E12: *"No começo, eu tinha uma cuidadora. Aí, quando eu cheguei no SARA, eles falaram, não, tá tudo errado. Quem vai passar o cateterismo é você. Aí, até para mim, foi um choque, assim."* Essa fala demonstra a transição de uma dependência assistida para a autossuficiência. Ainda que de início assustadora, tornou-se um passo importante para muitas participantes.

O medo de complicações relacionadas ao cateterismo, especialmente infecções, foi visto como uma preocupação constante. Participantes expressaram como isso afetava seu bem-estar mental. *"Olha, eventualmente a infecção urinária, né?"* e *"Eu já acordo tomando água, você foca o tempo todo pra não ter infecção. É cansativo, é desgastante, isso sim."* Essas falas exemplificam como o medo de infecções recorrentes impacta suas rotinas diárias. Como explicou outra participante, *"Então, assim, tem semanas que eu tô super bem e tem semanas que eu fico até um pouco chateada porque a infecção voltou. Então, isso é um desgaste diário, desgasta bastante mentalmente o paciente, sabe?"*

A vigilância constante e o impacto emocional das infecções urinárias e suas possíveis consequências como a falência renal foram resumidos perfeitamente por uma participante que relatou suas preocupações com complicações renais: *"Eu tenho medo de ter muita infecção, porque, na verdade, no começo, quando eu estava com a sonda de demora, eu tive muita infecção, mas não conseguia controlar... aí eu tenho medo de ter infecção, subir pro rim, né?"*. Outra participante expressou: *"Olha, eu tenho muito medo, né, rim, porque é uma das coisas que lá no SARA eles batem bem, né, infecção urinária prejudica o rim, e a gente sabe, né, prejudicou o rim, e já tá lá, o pezinho lá já."*

Os discursos de aprendizagem e normalização ressaltam um processo grande de mudança, diversificado à medida que as pessoas lidam com a dinâmica de suas novas rotinas diárias. A partir da perspectiva da análise de discurso, conforme discutido por Eni Orlandi ³⁹, podemos entender como esses discursos são moldados pelas condições sociais, históricas e pessoais em que ocorrem. Blayne Welk, em suas pesquisas sobre o manejo vesical em pessoas com doenças neurológicas, resalta a

importância dos aspectos psicossociais e como eles se relacionam com as práticas de saúde diárias.

Nos estudos de Welk^{26,29} e Nevedal³⁰, são exploradas as maneiras pelas quais a vida das mulheres é controlada por suas necessidades de manejo do trato urinário. As participantes deste estudo refletem experiências semelhantes, onde a aquisição de habilidades e a construção de confiança são essenciais ao enfrentar barreiras sociais, emocionais e físicas. Elas falaram sobre como o manejo do cateterismo impôs ajustes significativos em suas rotinas e desafiou suas identidades, mas também criou espaço para uma redefinição de autonomia.

Além disso, Welk explora como os elementos psicossociais impactam o esvaziamento vesical após LM, evidenciando o potencial tanto para restrição, mas também para o empoderamento pessoal. Em um de seus estudos⁴¹, ansiedade, perda de controle e constrangimento são sentimentos comuns exacerbados por infecções urinárias, incontinência e a visibilidade dos dispositivos urinários. As participantes de nosso estudo demonstraram uma notável capacidade reconstruir suas experiências, além de formarem novas identidades dentro das limitações impostas pela sua condição de saúde. Isso mostra o poder de adaptação e transformação pessoal que acontece quando enfrentamos adversidades.

5.1.2.3. O discurso da ressignificação e nova realidade

Com o tempo, as participantes começaram a integrar o CVIL em suas vidas cotidianas, iniciando um processo de ressignificação de identidade e construção de uma nova normalidade. Nesta etapa, a atenção voltou-se predominantemente para a aceitação e para a incorporação das mudanças impostas pelo cateterismo. Ao mesmo tempo, elas procuraram formas de manter ou restaurar aspectos de suas vidas anteriores.

A ressignificação não envolve somente a adaptação física ao uso do CVIL, mas também como a autonomia e independência se comportam dentro desse novo contexto. Entretanto, essa adaptação frequentemente encontra algumas limitações no cotidiano, particularmente em atividades de lazer e interação social. O cateterismo, muitas vezes acaba sendo interpretado como uma barreira significativa nas atividades sociais que antes eram prazerosas e espontâneas. As questões logísticas e emocionais enfrentadas refletem a complexidade dessa integração.

"A minha qualidade de vida é limitada" (E13)

A vida social como usuária de CVIL enfrenta desafios importantes, podendo levar em restrições que limitam a liberdade pessoal. Planejar uma ida a eventos se transforma em uma situação complexa, na qual a incerteza sobre as condições do local pode impedir a ida. *"A vida social. Muito. É muita limitação da vida social. De que maneira? Por exemplo, vamos supor que eu vá num jantar dançante, noite, tá? Se eu não tiver... se eu não souber exatamente onde eu vou pisar... eu não tenho condições nenhuma de ir."* (E1).

Além disso, a sensação de dependência pode ser um fator determinante na decisão de participar ou não de tais eventos. Como expressa uma participante: *"Às vezes alguém chama pra ir em algum lugar e vai só mulheres, meu marido não vai comigo, aí eu falo, nossa, eu vou ter que passar sonda. Como eu vou fazer? Sozinha, sem ninguém para me ajudar, daí eu acabo que não saio."* (E4) Este depoimento demonstra como a necessidade de assistência pode influenciar diretamente a autonomia social das participantes, limitando suas experiências fora do ambiente doméstico.

Em estudos que dissertam sobre independência no transporte ²⁷, observou-se que mulheres relatam uma dependência significativamente maior em relação aos meios de transporte do que os homens. Uma proporção maior de homens utiliza seu próprio veículo, enquanto as mulheres são quase duas vezes mais propensas a usar o veículo de outra pessoa e a recorrer a serviços de táxi. Além disso, os homens afirmam, em maior medida, serem capazes de usar seu transporte de forma independente. Esse contexto aumenta os desafios enfrentados pelas mulheres com deficiência, criando uma dependência continuada de terceiros e limitando ainda mais sua autonomia.

As pacientes também enfrentaram preconceito, discriminação e vergonha em suas interações diárias.

As experiências de discriminação começam nas situações mais cotidianas, como o uso de transporte contratado. Uma participante relatou:

"Eu evito sair pela dificuldade, entendeu? Até eu vou falar pra você, até, tipo, eu não tenho um carro próprio meu, né? Até Uber já rejeitou direto, sabe? Eu fazia fisioterapia lá na Gaúcha, e quando me levar, e já teve uma vez que o Uber chegou no local, olhou e falou assim, a cadeira vai junto?... ele falou que ia cancelar a corrida, que ele não ia fazer a corrida." (E1)

Esse relato demonstra o constrangimento e a sensação de rejeição. Pequenas agressões surgem no dia a dia, podendo gerar desgaste emocional. *"Até eu estacionar no PcD, quando eu entro em casa, eu estaciono. Outro dia, antes de ontem, o senhor olhou pra mim e fez assim. Oh, não pode estar estacionando não... Os comentários... são tão ridículos que você não aguenta falar."* Tal experiência revela a falta de sensibilização sobre deficiências menos visíveis.

O preconceito também está no círculo social, levando ao medo da exposição pessoal indesejada. Uma participante mencionou o desconforto de ter que revelar sua condição: *"Ah, incomoda, porque assim, eu não acho que eu tenho que falar pra todo mundo, porque nem todo mundo tem que saber. Agora, o meu núcleo de amizade ali, o povo não sabe, então, né?"* (E13). A necessidade de justificar sua condição e a exposição de sua intimidade a desconhecidos são fontes de vergonha e desconforto. *"Então, às vezes tem gente que... Não, mas por que a **E13** tá readaptada? Então, esse tipo de coisa, assim, é ruim. Mas eu não gosto, assim, de me fazer assim, de tadinha."*

Estes relatos evidenciam as barreiras externas e os preconceitos sociais que complicam a jornada de adaptação e ressignificação.

O mapa de códigos a seguir ilustra a trajetória emocional e prática das participantes através de três estágios de experiência com o CVIL. Cada estágio é conectado por conceitos centrais que indicam a progressão e transformação ao longo do tempo.

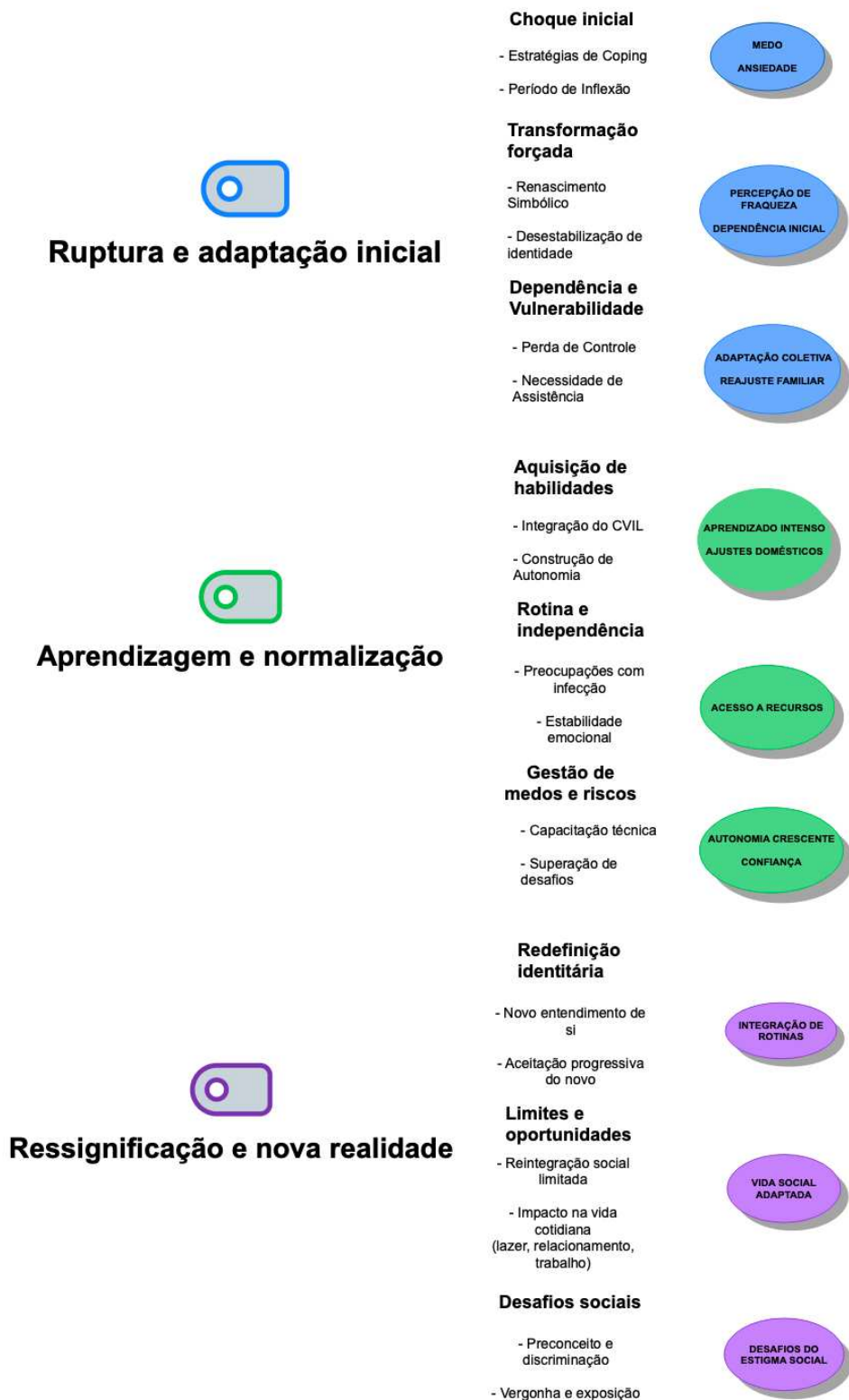


Figura 5: Formações discursivas no processo de adaptação ao CVIL.

5.1.2.3.1 O impacto do cateterismo nas diferentes esferas da vida

- **Nos relacionamentos**

A LM e o uso do CVIL impactaram profundamente seus relacionamentos amorosos. Durante as entrevistas, as participantes compartilharam suas histórias de estado civil antes e após a lesão, revelando grande diversidade de situações.

Entre as 13 participantes do estudo, observou-se uma variedade de mudanças no estado civil, incluindo mulheres que permaneceram solteiras, casadas que se mantiveram em seus relacionamentos, além de aquelas que passaram por divórcios e até se casaram novamente. Essas variações destacam as diferentes maneiras de adaptação às novas condições de vida impostas pela lesão e pelo uso do CVIL.

Estudos suportam que homens e mulheres contam com diferentes tipos de cuidadores para fornecer assistência, impactando de maneira distinta suas relações amorosas e dinâmicas domésticas.²⁷ Enquanto os homens frequentemente recebem apoio de cônjuges ou pais, as mulheres tendem a depender mais de atendentes pagos ou outros parentes. Esta diferença estrutural no suporte pode influenciar como o CVIL é integrado nas rotinas diárias, afetando potencialmente a intimidade e a dinâmica dos relacionamentos amorosos.

Os efeitos emocionais da lesão e do cateterismo muitas vezes se estendem ao parceiro, contribuindo tanto para a depressão quanto para o sentimento de culpa. Uma participante expressou:

"Afetou. Tá afetado até hoje. O meu marido, ele... Tipo assim, eu sou mais emocional. Ele é muito racional, né? Então, ele... ele impactou muito ele. Ele ficou muito impactado com tudo que a gente passou, com tudo que ele viu, sabe? Muito depressivo, né? Eu não, eu dei a volta por cima. Claro, né, que eu tomo meus remédios de depressão, tudo, mas... Eu continuei, toquei minha vida, sabe? E ele, eu percebo assim, até hoje, ele é meio... ele é meio depressivo, assim, ele ficou bem impactado mesmo." (E12)

O sentimento de culpa também foi um tema recorrente, como quando uma participante comentou:

"Eu acho que ele se culpava por não ter impedido que eu fizesse a cirurgia, sabe? Porque assim, foi uma cirurgia eletiva, super planejada, super controlada, teoricamente, que não acontece o que aconteceu, né?"

Em algumas falas marcantes, ficaram evidentes os sentimentos de inadequação e o impacto na autoimagem causados pela situação de CVIL:

"Porque eu não me achava uma mulher para casar, sabe? Em condições de cuidar de uma casa, em condições de dar prazer pra ele, em condições de ter uma família, de construir. Construir uma família. Eu não me achava em condições. Eu achava que, na verdade, eu não acreditava que eu poderia fazer alguém feliz da forma que eu estava." (E7)

Nessa declaração, a entrevistada se sente incapaz de cumprir as expectativas tradicionais de um relacionamento, desde a gestão do lar até a intimidade e a construção familiar.

Além disso, outras frases capturam mais aspectos desses sentimentos:

"Como que ele vai casar comigo, vai me carregar para baixo e para cima?... Vamos dizer, ali numa hora que eu tô numa relação, me dá vontade de fazer xixi. Eu não controlo. Eu vou falar, ô, peraí, segura as pontas aí um pouquinho, que eu preciso ir no banheiro." (E7)

O medo da incontinência em momentos íntimos é uma fonte significativa de ansiedade, pois expõe a falta de controle e a vulnerabilidade.

Para algumas, a decisão de evitar relacionamentos amorosos é a opção mais lógica:

"Relacionamento, eu nem quis ter, porque o que eu imagino? Eu preferi não passar por isso... As experiências que eu tenho conversando com outras mulheres, esse cuidado todo, essa chatice toda antes de um relacionamento, você tem que passar a sonda, beber menos água e tal, então eu não passei por isso, eu preferi." (E1)

Ela também levanta considerações sobre as diferenças nas dinâmicas de compromisso entre homens e mulheres:

"Quando é uma mulher que sofre o acidente... Ah, Felipe, não dá três meses, o homem fica na rua... A mulher fica, porque é diferente, o amor da mulher e do homem é diferente. Por isso que eu preferi não me relacionar. Por quê? Porque eu sabia que eu ia passar por essas situações." (E1)

No que diz respeito à intimidade das relações sexuais, as pacientes compartilharam experiências que destacam alguns desafios após a lesão.

“Eu não vou conseguir, por exemplo, ter a mesma feminilidade de uma pessoa que anda, é diferente. Não que não aconteça relacionamentos, então eu preferi me preservar, não me machucar, mas isso é uma questão pessoal.” (E1)

Uma preocupação frequente é com o controle corporal durante os momentos íntimos, como expressou uma participante: *“Meu, como que ele vai casar comigo, vai me carregar para baixo e para cima? Vamos dizer, ali numa hora que eu tô numa relação, me dá vontade de fazer xixi. Eu não controlo. Eu vou falar, ô, peraí, segura as pontas aí um pouquinho, que eu preciso ir no banheiro.” (E7)*

Além disso, algumas mulheres optaram por evitar relações sexuais completamente após a lesão, como uma forma de evitar de situações embaraçosas ou dolorosas. Uma delas mencionou: *“E aí tipo eu não posso te falar do tipo de relação sexual no caso. Não tenho o que falar porque simplesmente eu não tive, entendeu. Depois que eu fiquei assim eu não tive experiência nenhuma.”. (E4)*

A ideia de perda de feminilidade é um obstáculo significativo, exacerbado ainda mais pelo problema da lubrificação vaginal inadequada: *“Daí entra aquela parte triste que a mulher, principalmente, ela para de ter a lubrificação, né?”. (E1)* Estudos sugerem que a inadequação na lubrificação vaginal interfere na atividade sexual de 23,2% das mulheres com LM.¹⁶

A compreensão do parceiro é essencial para o sucesso na adaptação sexual após a lesão. Estudos indicam que relacionamentos em que o parceiro demonstra um entendimento profundo das necessidades sexuais da parceira tendem a ser mais satisfatórios. Isso inclui uma mudança nas preferências de atividade sexual, onde o beijo substitui frequentemente a penetração vaginal como forma favorita de expressão íntima, preferida por 76% das mulheres após a lesão.¹⁶

Além disso, a independência da parceira é muito importante para adaptação à vida sexual pós-lesão. Mulheres com LM que são mais independentes de seus parceiros, e que não dependem deles para cuidados pessoais, têm maior probabilidade de ajustar-se de forma positiva à sexualidade após a lesão. Esse nível de independência pode estar relacionado à gravidade da lesão, mas é fortemente influenciado pela disponibilidade de outros cuidadores.^{42,43}

Esse tópico é evidenciado na fala de algumas participantes: *“Doutor, eu acho, assim, que ele ficou muito mais meu cúmplice, né? Eu acho que, eu vi que é parceiro*

mesmo, porque é igual o doutor falou, nem todo mundo suporta, né? Porque a carga é pesada, e não é fácil não." (E11)

- **No trabalho**

A introdução do CVIL na vida das participantes trouxe desafios significativos no contexto profissional. Questões práticas como gestão de tempo e acessibilidade, além de implicações emocionais, afetam a performance e satisfação no trabalho.

Situação de Emprego:

No momento do estudo, 5 participantes (38,5%) estavam empregadas ou trabalhando por conta própria, enquanto 8 (61,5%) não estavam trabalhando. Entre as que estavam ativas no mercado de trabalho, os papéis variavam entre síndica de condomínio, profissional de recursos humanos, vendedora e empresárias de diversos ramos.

Antes do trauma, 6 trabalhavam, mas 3 deixaram seus empregos após a lesão. Outras, mantiveram-se trabalhando, mas trocaram de ramo. Adicionalmente, 7 não estavam trabalhando na ocasião do trauma; destas, uma passou a atuar como síndica. Esses dados refletem como as mudanças trazidas pela lesão e pela necessidade do CVIL podem afetar a continuidade no emprego e a capacidade de retornar ou ingressar no mercado de trabalho.

Desafios no Ambiente de Trabalho:

Muitas participantes relataram que a prática do cateterismo interferiu diretamente em suas vidas profissionais. Uma delas destacou: *"Hoje eu não trabalho fora devido ao cateterismo."* (E7) Além disso, a logística de realizar o CVIL frequentemente resultava em limitações de mobilidade e necessidade de suporte, como descrito por outra participante: *"No trabalho é difícil porque, como eu falei, não tem como eu passar sozinha. na cadeira de rodas, eu não consigo passar sozinha. Então, se eu tô lá no trabalho, não tem, assim, meu marido não tá lá pra me ajudar. Então, eu tenho que voltar pra casa pra fazer o cateterismo. Então, isso daí, às vezes, nem pra mim, ficou inviável."* (E11)

A dificuldade em realizar o procedimento durante o horário de trabalho é exacerbada pela falta de instalações adequadas, tornando a situação mais desafiadora para quem precisa de auxílio. Isso é especialmente relevante para aquelas que não têm a flexibilidade de gerenciar seu próprio tempo de trabalho: *"Eu acho assim que só não*

me afetou mais porque eu sou proprietária, né?... Eu não sei como seria se eu tivesse que bater ponto." (E8)

Outras participantes se frustraram devido à mudança de função impostas pela lesão, como uma que relatou: *"Porque assim, eu sou professora de inglês. Agora eu tô dentro de um laboratório de informática... eu não consigo exercer minha função." (E13)*

O uso de banheiros públicos evidencia desafios significativos devido à falta de infraestrutura adequada, levando ao constrangimento e limitação. Como uma participante disse: *"Não tem assim, é constrangedor? É. Não vou tentar fazer isso em público, porque vindo pro público, o banheiro de todo mundo, você não consegue isso. Eu fiquei mais restrita, dependendo do banheiro." (E9)* Essa afirmação demonstra como a ausência de recursos apropriados restringe a mobilidade das mulheres que utilizam o CVIL, afetando diretamente sua confiança no ambiente de trabalho.

- **Nas viagens**

O cateterismo representa um desafio significativo na vida das participantes quando se trata de viagens, exigindo um planejamento mais rigoroso. Pode criar barreiras que desestimulam a movimentação fora dos ambientes familiares. Viajar, uma atividade que proporciona liberdade e lazer, pode se tornar um processo complexo.

"Você sai para viajar, a rota, o horário, já tem que saber que tem parada para eu poder fazer naquele horário. Então, assim, é tudo em função do horário do CAT." (E12)

Algumas participantes relataram ter inicialmente interrompido suas viagens após a lesão. Uma delas compartilhou: *"Eu sempre viajei muito, no começo eu parei com tudo." (E8)* No entanto, com a adaptação gradual, muitas reconheceram a importância de não se limitarem e buscaram formas de retomar as viagens. *"Foi passando o tempo, os anos, eu falei, não, não posso ficar refém disso, eu tenho que aprender a viver com isso," (E5)*

O meio de transporte escolhido torna-se uma decisão estratégica no planejamento. *"Hoje eu tenho mais liberdade em viajar de carro porque o carro, dependendo se eu não achar um lugar, o horário eu paro,"* relatou uma participante. A flexibilidade oferecida pelas viagens de carro, ao permitir paradas mais frequentes e

menor pressão de tempo, contrasta com as dificuldades enfrentadas ao voar. "O avião é mais complicado, porque sempre acaba atrapalhando os horários," disse outra.

Os aeroportos e aviões frequentemente carecem de infraestruturas adequadas. "No aeroporto, a mesma coisa. A gente tem até filmado e fotografado. Porque não existe nenhum lugar que tenha um banco." (E2) Esta falta de instalações pode forçar as viajantes a buscarem alternativas, como postos médicos, que nem sempre são ágeis ou fornecem a estrutura e material necessário para um cateterismo higiênico. Além disso, a discrepância entre o que é rotulado como "acessível" e o que realmente é funcional para alguém que utiliza o CVIL é frequentemente frustrante, sobretudo para pacientes tetraplégicas e que não utilizam a barra de suporte de membros superiores ao lado do vaso sanitário. Uma participante observou:

"Isso é uma coisa que incomoda bastante, porque você encontra muitos banheiros com o símbolo do cadeirante, né? Acessível. Eu entro lá. O que é o acessível para eles? É um espaço maior? E daí a pia fica longe do vaso sanitário. Do lado do vaso, colocam duas barras, tá? E eu faço o quê com isso? Se eu fosse fazer um cateterismo ali, cadê um banco, cadê um tablado, cadê uma marca?" (E2)

5.1.2.4 O papel do silêncio

O silêncio apareceu como um elemento marcante nas entrevistas das participantes, destacando as profundidades emocionais que muitas vezes não podem ser totalmente capturadas pelas palavras. Eni Orlandi, defende que o silêncio não é simplesmente a ausência de palavras, mas uma ferramenta que dá significado ao discurso.⁴⁴

Durante as entrevistas, uma participante foi questionada sobre como a introdução e rotina do CVIL afetaram seu casamento. Apesar de ser uma das participantes divorciadas após o processo, ela respondeu com uma pergunta que trouxe significados mais profundos: "De que maneira isso é relevante para a entrevista?" Essa resposta sugeriu um silêncio carregado de emoções complexas, desde a dor da separação ao desejo de talvez manter certas questões pessoais não divulgadas, revelando mais do que aquilo que explicitamente foi dito.

5.2 Artigo

DESAFIOS ENFRENTADOS POR MULHERES COM LESÃO MEDULAR QUE REALIZAM CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE: UM ESTUDO QUALITATIVO.

Resumo

Introdução: Este estudo aborda as experiências de mulheres que realizam o Cateterismo Vesical Intermitente Limpo (CVIL) após uma Lesão Medular (LM). Embora a eficácia clínica da CVIL seja bem documentada, seu impacto psicossocial e na qualidade de vida (QV) das mulheres é menos explorado. As mulheres enfrentam desafios particulares nas práticas de CVIL, desde dificuldades na implementação até preocupações com privacidade e efeitos em seus relacionamentos. O estudo procura compreender esses impactos para desenvolver estratégias de cuidado mais eficazes.

Materiais e Métodos: Conduzido na cidade de Londrina, Paraná, o estudo utilizou uma abordagem qualitativa com entrevistas semiestruturadas de 13 mulheres maiores de 18 anos, todas usuárias de CVIL. As entrevistas, realizadas entre junho de 2023 e outubro de 2024, foram transcritas e analisadas por meio do software MAXQDA, focando nas formações discursivas e nos impactos do CVIL no cotidiano das participantes.

Resultados: Os resultados revelaram que as participantes passaram por momentos de ruptura e adaptação inicial, seguidos de um período de aprendizagem e normalização, até chegarem à ressignificação de suas identidades. Desafios emocionais, como ansiedade e perda de controle, foram prevalentes, mas as mulheres também demonstraram uma capacidade significativa para adaptar-se e redefinir suas autonomias. O estudo destacou diferenças na adaptação ao CVIL entre as participantes, bem como os impactos em seus relacionamentos, trabalho e viagens.

Discussão: As entrevistas destacaram a transformação da vida das participantes, afetadas não apenas fisicamente, mas emocional e socialmente. A transição para a autossuficiência no manejo do CVIL frequentemente desafiou suas identidades, mas também criou oportunidades de auto crescimento e empoderamento. Questões de discriminação e falta de suporte social adequado continuam sendo obstáculos significativos.

Conclusão: A pesquisa ressalta a necessidade urgente de políticas de saúde mais abrangentes e estratégias sociais inclusivas que considerem as complexas realidades vivenciadas pelas mulheres em sua adaptação ao CVIL. Recomendamos o foco em redes de apoio e intervenções que promovam um entendimento mais empático de suas necessidades, visando a garantir o bem-estar e uma vida plena a essas mulheres.

1. Introdução

Uma grande parcela destes pacientes com distúrbios neuro-urológicos realiza cateterização vesical intermitente limpa (CVIL) e apesar de sua eficácia clínica bem documentada, o impacto psicossocial e na qualidade de vida (QV) das mulheres que realizam CVIL ainda é pouco explorado. A escassez de estudos focados exclusivamente nas mulheres dificulta compreender de que maneira essa prática afeta a população feminina e quais suas consequências para a independência, autonomia, saúde mental e no cotidiano dessas pacientes.^{29,30}

Diferentemente dos homens, elas enfrentam desafios distintos na implementação do CVIL, incluindo dificuldades com o posicionamento, preocupações com a privacidade e impactos negativos nos relacionamentos amorosos e sexuais.¹⁶ Relatam se sentirem mais vulneráveis e se identificam como minoria entre os indivíduos com DNTUI.²⁸

Ao focar nas percepções das mulheres, é possível contribuir para elaboração de estratégias de cuidado mais eficazes e adaptadas às necessidades específicas dessa população. A compreensão detalhada dos impactos psicossociais pode orientar profissionais de saúde na implementação de intervenções que promovam melhor QV e reintegração social dessas pacientes.

Métodos de pesquisa qualitativa oferecem uma abordagem valiosa que permite explorar os complexos fatores psicossociais envolvidos no CVIL entre mulheres com lesão medular (LM). Ao analisar domínios como ansiedade, vergonha, exclusão, confiança, explorar o impacto da rotina do cateterismo no ambiente dos relacionamentos, lazer e trabalho, é possível obter uma compreensão mais integral do quanto este método afeta a QV das mulheres. Assim, utilizando o enfoque qualitativo pretende-se analisar de uma perspectiva integral e personalizada os desafios e necessidades, de forma sensível, reflexiva e autônoma.³²

2. Materiais e Métodos

Estudo qualitativo conduzido na cidade de Londrina, Paraná, Brasil entre junho de 2023 e outubro de 2024, utilizando entrevistas individuais semi-estruturadas. O projeto seguiu as diretrizes do COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*)³⁷ e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (parecer n. 6.186.909).

Participaram do estudo mulheres maiores de 18 anos, usuárias de CVIL devido a DNTUI, independente do nível de LM. O recrutamento ocorreu inicialmente através de ligação telefônica ou mensagem de celular. Após as pacientes terem sido informadas

acerca dos objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram agendadas entrevistas voluntárias e sem qualquer compensação financeira.

Os encontros aconteceram em clínica particular de Urologia da cidade ou através do aplicativo de reuniões virtuais *Zoom Workplace*®. Todas as entrevistas foram conduzidas por um único pesquisador, médico urologista do sexo masculino, que recebeu treinamento prévio em condução de entrevistas para pesquisa qualitativa. Este não possuía vínculo assistencial ou pessoal com as participantes. As entrevistadas conheciam a especialidade e os objetivos do estudo, mas não havia contato prévio entre estas e o pesquisador ou entre as outras participantes da pesquisa. Permitiram que as pacientes expressassem livremente suas experiências e respondessem a 15 perguntas semi-estruturadas.

Estas foram gravadas em áudio ou vídeo, posteriormente transcritas de forma literal através do software Happy Scribe, em língua portuguesa. Optou-se por uma transcrição inicial automática, seguida de revisões manuais humanas, utilizando a própria plataforma, realizadas por dois pesquisadores.

Para análise qualitativa, utilizou-se o software MAXQDA. As transcrições foram importadas como arquivos de texto para o sistema, permitindo uma imersão inicial no universo discursivo das participantes. Em seguida, foram gerados códigos iniciais, que foram agrupados em temas potenciais através das ferramentas de codificação do software. A análise discursiva buscou compreender as condições de produção dos discursos, identificando formações discursivas e efeitos de sentido produzidos nas falas das participantes. Esses foram organizados em três momentos discursivos principais, refletindo suas trajetórias: ruptura e adaptação inicial, aprendizagem e normalização, e resignificação e nova realidade, além de focar em subtemas nos quais identificou-se impacto significativo do CVIL na rotina das pacientes, como o trabalho, os relacionamentos amorosos e as viagens.

3. Resultados

Inicialmente, foram contactadas 19 mulheres, mas a amostra final consistiu em 13 participantes, após 2 desistências e 4 recusas, com idades entre 20 e 62 anos (média de 40 anos, mediana de 43 anos), abordando faixas etárias diversificadas: 30,8% tinham entre 20-30 anos, 23,1% entre 31-40 anos, 23,1% entre 41-50 anos, e 23,1% acima de 50 anos. Quanto à escolaridade, 38,5% completaram o ensino médio, 53,8% concluíram o ensino superior, e uma estava cursando o ensino superior. Em relação ao estado civil,

53,8% eram casadas, 23,1% solteiras e 23,1% divorciadas, com uma participante tendo se divorciado e casado novamente.

No âmbito profissional, 38,5% estavam empregadas ou trabalhando por conta própria, em cargos como síndica de condomínio, profissional de recursos humanos, vendedora e empresárias; enquanto 61,5% não estavam trabalhando. Quanto à etiologia da lesão medular, 53,8% tinham lesões traumáticas e 46,2% não traumáticas. O nível de lesão foi principalmente torácico (69,2%), seguido por lombar (23,1%) e cervical (7,7%). O tempo desde a lesão variou de menos de 1 ano a 32 anos, com uma média de aproximadamente 11 anos.

O uso do CVIL apresentou-se em diferentes estágios de adaptação entre as participantes: 69,2% iniciaram o CVIL imediatamente após a lesão, enquanto outras começaram em tempos variados após a lesão. A maioria realizava o CVIL de 5 a 6 vezes ao dia (69,2%), com 84,6% fazendo autocateterismo, destacando a prevalência de autonomia no gerenciamento do CVIL. Conforme detalhado na **Tabela 1**.

Formações discursivas:

A duração média das entrevistas foi 47 minutos. A análise das entrevistas identificou formações discursivas centrais que revelam as experiências das mulheres com o CVIL, destacando conceitos como ansiedade, medo, vergonha, perda de controle e adaptação:

1. Ruptura e Adaptação Inicial: Este discurso descreve a transição abrupta para a nova realidade após a LM, com sentimentos de medo, perda de controle e desafios na busca por autonomia.

2. Aprendizagem e Normalização: À medida que as participantes se adaptam ao uso do CVIL, este discurso reflete capacitação, superação de dificuldades técnicas e integração do CVIL nas rotinas diárias, com apoio social e médico.

3. Ressignificação e Nova Realidade: Aqui, as participantes expressam uma ressignificação profunda de suas experiências, equilibrando os desafios com novas oportunidades de integração social, profissional e pessoal, explorando o impacto do cateterismo no trabalho, viagens e relacionamentos amorosos.

Essas formações discursivas oferecem um panorama das complexidades enfrentadas pelas participantes e destacam a adaptação prática e suas transformações emocionais e sociais. A análise enfatiza a necessidade de estratégias de cuidado mais eficazes, personalizadas e integradas para mulheres com DNTUI.

Ruptura e adaptação Inicial

A descoberta da LM, muitas vezes resultante de traumas ou complicações cirúrgicas, representou um marco profundo na vida das participantes, marcado por choque emocional e uma quebra drástica em suas realidades. As primeiras reações após o diagnóstico misturavam medo e uma sensação de perda de controle, como evidenciado pelo depoimento de uma participante: *"Entender que pessoas da mesma idade que eu... é morrer e nascer de novo, né? Num outro planeta."* (E1).

A adaptação à nova realidade significava enfrentar não apenas desafios físicos, mas também uma transformação radical na independência pessoal. Uma participante destacou a sensação imediata de regressão: *"Você volta a uma dependência, voltar a ser uma criança... naquele começo, você não pensa que vai existir um recomeço."* (E5). Além das questões pessoais, a nova situação afetou também suas redes de apoio, trazendo a necessidade de uma adaptação coletiva. Famílias e amigos precisaram se transformar em cuidadores improvisados, como descrito por outra participante: *"Eles tiveram que aprender a mexer com o bebê grande... Porque a gente não tinha controle de nada."* (E2).

O impacto inicial da LM foi seguido pelo diagnóstico de disfunção vesical, incorporando o uso do CVIL na nova rotina de cuidados. Muitas participantes relataram receber informações sobre o CVIL ainda no ambiente hospitalar, muitas vezes sob pressão. Uma participante especificou: *"Eu tenho, mas não conseguia... então era a minha mãe ou minhas irmãs que faziam para mim... eu aprendi na internet."* (E6). Esses relatos destacam as diversas trajetórias de adaptação inicial, influenciadas por circunstâncias pessoais e pelo suporte disponível no local, revelando a importância de um suporte adequado logo após o diagnóstico da LM.

Aprendizagem e normalização

Após o período inicial de ruptura e adaptação, as participantes entraram em uma fase de aprendizagem e normalização, onde iniciaram o desafio de incorporar o CVIL em suas rotinas diárias. Este processo foi marcado por dificuldades significativas, mas também permitiu a busca por uma nova independência.

Um dos temas recorrentes foi a dificuldade enfrentada na aprendizagem do cateterismo, especialmente no que diz respeito à técnica e à anatomia feminina, bem como as diferenças observadas entre o cateterismo feminino e o masculino:

“A própria técnica e a anatomia também do corpo, porque a uretra é muito difícil, no começo eu fazia só com o espelho, então é muito difícil achar a uretra na mulher, né? Acredito que no homem é bem mais fácil...” (E8)

“Para o homem porque a mesma coisa que você sai o homem é mais fácil e ir ao banheiro lá que você vai no shopping dos banheiros adaptado para homem é mais fácil. Para a mulher nem tanto. E às vezes, esses dias, eu estava até procurando umas roupas adaptadas, uma calça que eu vi na numa marca e que tinha tanto pro homem era muito fácil. Para a mulher não, para a mulher é muito complicado ter que tirar a roupa; homem não, homem você abre a calça jeans ali e você consegue passar uma sonda; para a mulher é complicado, você tem que ou você estar de saia ou você tem que arrancar toda a roupa. É complicado, bem mais difícil.” (E12)

A questão da autonomia foi marcada por momentos de conflito com o que imaginavam ser a rotina, como relatado por E12: *“No começo, eu tinha uma cuidadora. Aí, quando eu cheguei no SARA, eles falaram, não, tá tudo errado. Quem vai passar o cateterismo é você. Aí, até para mim, foi um choque, assim.”* Esta descoberta destaca a mudança de uma situação de ajuda para a independência pessoal que apesar de ser inicialmente desafiadora se mostrou um marco significativo para muitas envolvidas.

O medo de complicações relacionadas ao cateterismo, especialmente infecções, foi visto como uma preocupação constante. Participantes expressaram como isso afetava seu bem-estar mental. *“Olha, eventualmente a infecção urinária, né?”* e *“Eu já acordo tomando água, você foca o tempo todo pra não ter infecção. É cansativo, é desgastante, isso sim.”* Essas falas exemplificam como o medo de infecções recorrentes impacta suas rotinas diárias. Como explicou outra participante, *“Então, assim, tem semanas que eu tô super bem e tem semanas que eu fico até um pouco chateada porque a infecção voltou. Então, isso é um desgaste diário, desgasta bastante mentalmente o paciente, sabe?”*

A vigilância constante e o impacto emocional das infecções urinárias e suas possíveis consequências como a falência renal foram resumidos perfeitamente por uma participante que relatou suas preocupações com complicações renais: *“Eu tenho medo de ter muita infecção, porque, na verdade, no começo, quando eu estava com a sonda de demora, eu tive muita infecção, mas não conseguia controlar... aí eu tenho medo de ter infecção, subir pro rim, né?”*. Esse sentimento é compartilhado por outra participante, que expressou: *“Olha, eu tenho muito medo, né, rim, porque é uma das coisas que lá no SARA eles batem bem, né, infecção urinária prejudica o rim, e a gente sabe, né, prejudicou o rim, e já tá lá, o pezinho lá já.”*

A ressignificação e nova realidade

Com o tempo, as participantes começaram a integrar o CVIL em suas vidas cotidianas, um processo que envolveu ressignificação de identidade e a construção de uma nova normalidade. A aceitação e a plena incorporação das mudanças impostas pelo cateterismo rotineiro foram acompanhadas pelo esforço para manter ou recuperar aspectos de suas vidas anteriores. No entanto, essa adaptação muitas vezes esbarrava em limitações práticas, principalmente em atividades de lazer e interação social.

O cateterismo frequentemente se tornava um obstáculo ao engajamento em atividades apreciadas. Como uma participante expressou, "*A vida social. Muito. É muita limitação da vida social.*" (E1), evidenciando que as demandas do CVIL requerem um planejamento meticuloso. Esse planejamento inclui considerações sobre o ambiente e a necessidade de assistência, o que pode ser um fator decisivo na participação em eventos sociais: "*Às vezes alguém chama pra ir em algum lugar e vai só mulheres... daí eu acabo que não saio.*" (E4).

A dependência de transporte é uma outra barreira significativa, pois muitas mulheres dependem de terceiros, como serviços de táxi, o que limita ainda mais sua autonomia. Este contexto destaca o desafio adicional que as mulheres com deficiência enfrentam em termos de mobilidade e liberdade pessoal.

Além disso, as participantes lidavam com preconceito e discriminação em interações do dia a dia. Uma delas relatou rejeições de serviços de transporte, ilustrando o constrangimento e a sensação de rejeição: "*Até Uber já rejeitou direto, sabe?*" (E1). Esses episódios de discriminação ampliam o desgaste emocional e reforçam barreiras à mobilidade.

Muitas mulheres também se depararam com a necessidade de justificar suas condições, o que gerava desconforto e vergonha: "*Ah, incomoda, porque assim, eu não acho que eu tenho que falar pra todo mundo...*" (E13). Essa exposição indesejada e a resistência a serem vistas com pena sublinham uma busca incessante por reconhecimento pleno de sua identidade e capacidade além das limitações.

O mapa de códigos ilustrado na **figura 1** demonstra a trajetória emocional e prática das participantes através de três estágios de experiência com o CVIL: Ruptura e adaptação inicial, Aprendizagem e normalização e Ressignificação e nova Realidade. Cada estágio é conectado por conceitos centrais que indicam a progressão e transformação ao longo do tempo.

A utilização de uma nuvem de palavras (**figura 2**), especialmente quando construída com ferramentas sofisticadas como o software MAXQDA, oferece uma visão

clara dos temas predominantes em um conjunto de dados textuais, como as transcrições de entrevistas qualitativas. No contexto do estudo, o uso do MAXQDA permitiu uma análise sistemática e detalhada das palavras mais frequentemente mencionadas pelas participantes. Essa análise é crucial, pois destaca os conceitos e preocupações centrais identificados durante as entrevistas, proporcionando uma compreensão rápida e eficaz dos padrões emergentes nos dados.

A nuvem de palavras gerada a partir das entrevistas revela alguns pontos importantes. O termo "cateterismo" aparece em destaque, evidenciando que esse é o eixo central das falas das participantes e reflete o foco principal deste estudo. Outros termos como "sonda", "bexiga" e "dificuldade" indicam os desafios médicos e técnicos enfrentados pelas mulheres no manejo da DNTUI.

Além disso, palavras como "vida", "mulher", "trabalho", "hospital" e "relacionamento" apontam para as múltiplas áreas afetadas pelo uso do CVIL, desde o impacto na rotina diária e na saúde até questões emocionais e sociais. O destaque de termos como "difícil", "complicado" e "dor" reflete a carga emocional e física que essas mulheres enfrentam.

Outro ponto interessante é a presença frequente de palavras como "banheiro", "cama", "hospital" e "cadeira", que reforçam como o manejo do CVIL influencia a mobilidade, a rotina e a logística das atividades cotidianas. Termos como "infecção" e "antibiótico" indicam as preocupações frequentes com complicações de saúde.

A menção a "homem" e "relacionamento" sugere que as entrevistas abordaram dinâmicas de gênero e como essa condição pode afetar a esfera íntima e social das participantes.

Além de apresentar dados textuais de forma acessível, a nuvem de palavras serve como uma ferramenta poderosa para direcionar análises mais profundas, orientando os pesquisadores nas áreas que merecem mais investigação.

O impacto do cateterismo nas diferentes esferas da vida:

Relacionamentos:

A LM e o uso do CVIL introduziram mudanças significativas na vida das participantes, afetando profundamente seus relacionamentos amorosos. Durante as entrevistas, as pacientes compartilharam suas experiências, revelando uma variedade de mudanças no estado civil, desde a permanência em casamentos até divórcios e novos casamentos. Essas mudanças destacam como os desafios pela LM e CVIL são enfrentados de diversas maneiras.

Um aspecto central avaliado foi a dinâmica de apoio entre parceiros e o impacto emocional da lesão, que frequentemente se estendia ao cônjuge. Uma participante descreveu:

"Afetou. Tá afetado até hoje. O meu marido, ele... Tipo assim, eu sou mais emocional. Ele é muito racional, né? Então, ele... ele impactou muito ele. Ele ficou muito impactado com tudo que a gente passou, com tudo que ele viu, sabe? Muito depressivo, né? Eu não, eu dei a volta por cima. Claro, né, que eu tomo meus remédios de depressão, tudo, mas... Eu continuei, toquei minha vida, sabe? E ele, eu percebo assim, até hoje, ele é meio... ele é meio depressivo, assim, ele ficou bem impactado mesmo." (E12)

Este testemunho mostra como as dificuldades emocionais em um relacionamento afetam não apenas a pessoa diretamente envolvida, mas também o parceiro. Isso pode gerar sentimentos de culpa e depressão.

A sensação de inadequação e o impacto na autoimagem também foram recorrentes. Uma participante expressou:

"Porque eu não me achava uma mulher para casar, sabe? Em condições de cuidar de uma casa, em condições de dar prazer pra ele, em condições de ter uma família, de construir. Construir uma família. Eu não me achava em condições. Eu achava que, na verdade, eu não acreditava que eu poderia fazer alguém feliz da forma que eu estava." (E5)

Esse sentimento de inadequação refletia uma crise de identidade e dúvidas sobre cumprir expectativas tradicionais nos relacionamentos. Para algumas, evitar relacionamentos amorosos foi uma escolha para lidar com os desafios antecipados:

"Relacionamento, eu nem quis ter, porque o que eu imagino? Eu preferi não passar por isso... As experiências que eu tenho conversando com outras mulheres, esse cuidado todo, essa chatice toda antes de um relacionamento, você tem que passar a sonda, beber menos água e tal, então eu não passei por isso, eu preferi." (E1)

Na intimidade sexual, as preocupações incluíam controle corporal e o medo de incontinência, gerando ansiedade e comprometendo a espontaneidade. Um relato capturou essa preocupação:

"Como que ele vai casar comigo, vai me carregar para baixo e para cima?... Vamos dizer, ali numa hora que eu tô numa relação, me dá vontade de fazer xixi. Eu não controlo. Eu vou falar, ô, peraí, segura as pontas aí um pouquinho, que eu preciso ir no banheiro." (E5)

Além disso, algumas mulheres optaram por evitar relações sexuais completamente após a lesão, para preservarem-se de situações embaraçosas ou dolorosas:

"E aí tipo eu não posso te falar do tipo de relação sexual no caso. Não tenho o que falar porque simplesmente eu não tive, entendeu. Depois que eu fiquei assim eu não tive experiência nenhuma." (E4)

A compreensão e o apoio do parceiro foram críticos para a adaptação sexual bem-sucedida. Essa dinâmica de interdependência é evidenciada no relato de uma participante:

"Doutor, eu acho, assim, que ele ficou muito mais meu cúmplice, né? Eu acho que, eu vi que é parceiro mesmo, porque é igual o doutor falou, nem todo mundo suporta, né? Porque a carga é pesada, e não é fácil não." (E11)

Trabalho:

A introdução do CVIL na vida das participantes trouxe desafios significativos no contexto profissional. O impacto dessa prática reflete questões práticas de gestão de tempo e acessibilidade, além de implicações emocionais que afetam a performance e satisfação no trabalho.

"Hoje eu não trabalho fora devido ao cateterismo." (E7)

A logística do CVIL frequentemente resultava em limitações de mobilidade e necessidade de suporte. Uma participante descreveu o desafio de realizar o procedimento durante o expediente:

"No trabalho é difícil porque, como eu falei, não tem como eu passar sozinha. Na cadeira de rodas, eu não consigo passar sozinha. Então, se eu tô lá no trabalho, não tem, assim, meu marido não tá lá pra me ajudar. Então, eu tenho que voltar pra casa pra fazer o cateterismo. Então, isso daí, às vezes, nem pra mim, ficou inviável." (E11)

A falta de instalações adequadas piora a situação, especialmente para quem não tem flexibilidade no horário de trabalho:

"Eu acho assim que só não me afetou mais porque eu sou proprietária, né?... Eu não sei como seria se eu tivesse que bater ponto." (E8)

Algumas participantes relataram sentimentos negativos por mudar de função devido às limitações físicas, como exemplificado por uma professora:

"Porque assim, eu sou professora de inglês. Agora eu tô dentro de um laboratório de informática... eu não consigo exercer minha função." (E13)

Essa mudança forçada para funções administrativas às vezes não resolve a insatisfação e pode ser uma fonte de frustração.

O uso de banheiros públicos também apresenta desafios significativos devido à falta de infraestrutura adequada:

"Não tem assim, é constrangedor? É. Não vou tentar fazer isso em público, porque vindo pro público, o banheiro de todo mundo, você não consegue isso. Eu fiquei mais restrita, dependendo do banheiro." (E9)

Viagens:

O cateterismo representa um desafio significativo nas viagens das participantes, exigindo um planejamento mais rigoroso e criando barreiras que podem desencorajar deslocamentos para além de ambientes familiares. Viajar, uma atividade que geralmente oferece liberdade e lazer, pode se tornar um processo complexo, exigindo considerações adicionais.

"Você sai para viajar, a rota, o horário, já tem que saber que tem parada para eu poder fazer naquele horário. Então, assim, é tudo em função do horário do CAT." (E12)

Inicialmente, algumas participantes interromperam completamente suas viagens após a lesão. Uma delas mencionou:

"Eu sempre viajei muito, no começo eu parei com tudo." (E8)

Com o tempo e uma adaptação gradual, muitas reconheceram a importância de não se limitarem pelas restrições do cateterismo e buscaram formas de retomar as viagens. Outras participantes compartilharam a transição para uma atitude mais ativa:

"Foi passando o tempo, os anos, eu falei, não, não posso ficar refém disso, eu tenho que aprender a viver com isso." (E5)

Na escolha do meio de transporte, viajar de carro torna-se uma decisão estratégica devido à flexibilidade de paradas, como relatou uma participante:

"Hoje eu tenho mais liberdade em viajar de carro porque o carro, dependendo se eu não achar um lugar, o horário eu paro."

Em contrapartida, as viagens de avião apresentam dificuldades significativas:

"O avião é mais complicado, porque sempre acaba atrapalhando os horários."

Os aeroportos e aviões frequentemente carecem de infraestruturas adequadas, o que limita as opções para realizar o cateterismo de forma higiênica e confortável. Um exemplo disso é a observação de uma participante sobre o que é considerado "acessível":

"Isso é uma coisa que incomoda bastante, porque você encontra muitos banheiros com o símbolo do cadeirante, né? Acessível. Eu entro lá. O que é o acessível para eles? É um espaço maior? E daí a pia fica longe do vaso sanitário. Do lado do vaso, colocam duas barras, tá? E eu faço o quê com isso? Se eu fosse fazer um cateterismo ali, cadê um banco, cadê um tablado, cadê uma marca?" (E2)

4. Discussão

A escolha da análise qualitativa baseada na Análise de Discurso foi particularmente apropriada para este estudo, pois permitiu detalhar a complexidade das experiências vividas pelas participantes. Essa abordagem, além de facilitar a interpretação dos significados expressos nas entrevistas, também considera os silêncios, hesitações e as escolhas linguísticas das mulheres com LM e DNTUI. Compreender como esses discursos são construídos dentro de contextos sociais e culturais específicos oferece uma reflexão completa.

O uso do software MAXQDA foi essencial para organizar e analisar os dados de maneira clara e eficiente. Com suas ferramentas, foi possível categorizar e visualizar as informações de forma detalhada, o que facilitou a identificação de temas importantes nas falas das participantes. Esse recurso assegurou que a análise fosse bem estruturada e precisa.

Seguir os critérios COREQ ajudou a manter a transparência e o rigor do estudo. Esses critérios guiaram todo o processo de pesquisa, desde a coleta até a análise dos dados, garantindo que cada etapa fosse conduzida de maneira completa e organizada o que assegurou a credibilidade dos resultados apresentados.

A decisão de parar de coletar dados quando se alcançou a saturação teórica foi bem planejada. As informações foram coletadas até não surgirem novas questões ou dados relevantes. Assim, garantiu-se que o estudo abordasse uma ampla variedade de experiências sem comprometer a qualidade dos dados coletados.

Este estudo qualitativo traz importantes contribuições práticas para a literatura ao explorar as experiências de mulheres com LM que utilizam o CVIL. Ao focar especificamente em um grupo sub-representado, o estudo demonstra necessidades específicas das mulheres, que têm sido negligenciadas em pesquisas anteriores mais voltadas para homens.

As descobertas práticas incluem a identificação de estratégias eficazes de adaptação que as participantes adotaram para integrar o CVIL em suas rotinas diárias. Uma das principais práticas mencionadas foi o estabelecimento de redes de apoio, que incluíram tanto grupos informais de pacientes quanto interações com seus familiares e amigos. Essas redes se mostraram essenciais para o compartilhamento de experiências e troca de informações úteis sobre como manejar o CVIL no dia a dia. O estudo também sugere a implementação de programas de treinamento personalizado para o CVIL, que podem ser integrados em serviços de reabilitação, permitindo um acompanhamento mais próximo e individualizado. Foi possível perceber que algumas pacientes tiveram

que buscar essas informações por conta, relatando até mesmo ajuda de sites do *Youtube* que podem oferecer informações não confiáveis.

Além disso, o estudo pode recomendar práticas clínicas mais sensíveis ao gênero, que incorporam o *feedback* das pacientes para ajustar tratamentos e intervenções de forma mais eficiente. Por exemplo, *workshops* em grupo com pacientes que já realizam o cateterismo há algum tempo, sessões de aconselhamento psicológico, reuniões com cônjuges de pacientes que experimentaram o convívio social e sexual com suas parceiras e como isso os afetou.

Esse tipo de interação gera oportunidades de aprendizado colaborativo, promovendo um espaço seguro para discutir dificuldades e sucessos na implementação do CVIL.

Portanto, essa pesquisa não apenas amplia o entendimento teórico, mas também propõe aplicações práticas que podem ser consideradas para aprimorar o atendimento e a QV das mulheres que convivem com a DNTUI.

A análise integrada das formações discursivas definidas por este estudo apresenta tempos principais: o Discurso da Ruptura e Adaptação Inicial, o Discurso da Aprendizagem e Normalização, e o Discurso da Ressignificação e Nova Realidade. Isso oferece uma visão abrangente das complexidades enfrentadas por essas mulheres.

O estudo demonstra que o impacto inicial da LM é marcado por sentimentos intensos de ansiedade, medo e perda de controle, o que ecoa a literatura que destaca a importância dos aspectos psicossociais na adaptação à nova condição de saúde.

O estudo de Welk et al. (2021)⁴¹ ressalta que a ansiedade está frequentemente ligada a preocupações médicas (infecções urinárias, incontinência) e psicossociais (exposição em público, falta de acesso a banheiros adequados). Os achados da dissertação corroboram essa perspectiva, demonstrando que o medo e a ansiedade são componentes centrais da experiência inicial das mulheres com LM e CVIL.

"A raiz da ansiedade foi resumida por uma participante: 'Você é muito, muito vulnerável e é assustador ser tão vulnerável'."

Além disso, a perda de independência e a necessidade de assistência para realizar o cateterismo, como demonstrado neste estudo, são temas recorrentes na literatura.

"A perda repentina de independência completa. Eu tinha que ser alimentada. Eu tinha que ser cateterizada, eu tinha que ter meus movimentos intestinais monitorados e enemas e tinha que ter minha extremidade traseira limpa. Todas as minhas funções corporais estavam sob o controle de outra pessoa."³⁰

Nevedal et al. (2016)³⁰ enfatizam que a perda de controle sobre as funções corporais básicas é um dos aspectos mais desafiadores da adaptação à LM, impactando a autoestima das mulheres. Os resultados da dissertação reforçam essa ideia, demonstrando que a dependência inicial do CVIL pode gerar sentimentos de vergonha e frustração.

A análise discursiva de Eni Orlandi³⁹ nos ajuda a compreender como os discursos são moldados por condições sociais, históricas e pessoais. Blayne Welk, em suas pesquisas, assinala a relevância dos aspectos psicossociais e sua interação com práticas de saúde diárias.

Nos estudos realizados por Welk^{26,29} e Nevedal³⁰, a vida das mulheres é explorada em relação às necessidades de manejo do trato urinário, evidenciando como a aquisição de habilidades e a construção de confiança são essenciais para lidar com barreiras sociais e emocionais. As participantes descreveram como o cateterismo, apesar de impor ajustes substanciais em suas rotinas, também oferece uma chance significativa para a redefinição da autonomia.

Além disso, Welk⁴¹ explora como os elementos psicossociais impactam o gerenciamento vesical após LM, evidenciando o potencial tanto para restrição quanto para o empoderamento pessoal. Em um de seus estudos⁴¹, ansiedade, perda de controle e constrangimento são sentimentos comuns exacerbados por infecções urinárias, incontinência e a visibilidade dos dispositivos urinários.

As participantes do nosso estudo mostraram uma habilidade impressionante em ajustar essas circunstâncias de modo a poderem reinterpretar significados e experiências pessoais de maneira diferente e expressar novas identidades dentro dos limites determinados pela saúde comprometida. Esse processo de aprendizado destaca a capacidade de se adaptar e se transformar pessoalmente diante dos desafios.

À medida que as participantes se adaptam ao uso do CVIL, o estudo revela um processo de capacitação e aquisição de habilidades, abordando a normalização das novas rotinas e a integração do CVIL em suas vidas diárias.

Durante essa etapa, o foco recai sobre a aceitação e incorporação das mudanças oriundas do cateterismo rotineiro, enquanto procuram manter ou redescobrir aspectos de suas vidas anteriores. Contudo, barreiras práticas, especialmente no contexto social e de lazer, limitam a participação e espontaneidade em eventos, trazendo à tona desafios logísticos e emocionais.

"Até que eu pudesse cateterizar sozinha, eu não poderia ser totalmente independente."³⁰

Os sentimentos de dependência em relação aos outros e experiências vividas de discriminação contribuem para um ambiente social complexo e desafiador para lidar diariamente. Os resultados da dissertação complementam essa visão, demonstrando que a superação das dificuldades técnicas e a busca por recursos de apoio social e médico são elementos cruciais nesse processo de aprendizagem e normalização.

Entretanto, o estudo também destaca os desafios específicos enfrentados pelas mulheres, como a dificuldade na aprendizagem da técnica do cateterismo devido à anatomia feminina e a falta de acesso a materiais e espaços adequados. Esses achados ressaltam a necessidade de abordagens de ensino e suporte mais personalizadas e sensíveis às necessidades das mulheres com LM e DNTUI.

Após uma ressignificação mais profunda da experiência de vida das participantes, existe tentativa de equilíbrio entre desafios contínuos e novas oportunidades para reintegração social, profissional e pessoal.

Welk et al. (2021)⁴¹ enfatizam que a gestão da bexiga após a LM tem um impacto significativo em diversos domínios psicossociais, incluindo ansiedade, perda de controle e constrangimento. As entrevistadas confirmam, demonstrando que as participantes enfrentam desafios contínuos relacionados à incontinência, infecções urinárias e à necessidade de dispositivos urinários, o que pode limitar sua participação social e profissional.

A LM e o uso do CVIL podem impactar profundamente os relacionamentos amorosos das mulheres, gerando sentimentos de inadequação, culpa e medo da incontinência.

"Você não pode ir a muitos lugares porque tem que cuidar desse problema, e então eles pensam, 'Nós vamos buscá-lo e vamos comer fora', e eu digo, 'Oh, espere um minuto, eu não posso ir tão rápido' porque talvez eu esteja sentado esperando para usar o banheiro. É algo difícil de falar."³⁰

Nevedal et al. (2016)³⁰ enfatizam que os problemas de bexiga e intestino podem afetar negativamente os relacionamentos com familiares e parceiros românticos, incluindo a interrupção dos papéis parentais e problemas com intimidade e vergonha com novos e antigos parceiros sexuais.

Black et al. (1998)⁴³ destacam a importância do apoio social e da disponibilidade de um parceiro para a satisfação sexual de mulheres com LM.

"Quando os dados foram ajustados para variáveis de confusão, mulheres com LM casadas não eram menos satisfeitas sexualmente do que mulheres sem LM. A disponibilidade de um parceiro pode influenciar os níveis de satisfação

sexual. Mulheres com LM solteiras podem ter mais dificuldade em encontrar parceiros e, portanto, alcançar altos níveis de satisfação sexual."⁴³

Durante as entrevistas, foi possível perceber diferentes modos no qual os relacionamentos e as situações conjugais foram afetados: separações, divórcios, frustrações e medos. Por outro lado, houve também início de namoro, casamento e novas descobertas.

A introdução do CVIL na vida das participantes traz desafios significativos no contexto profissional, incluindo questões práticas como gestão de tempo.

"As mulheres são mais propensas do que os homens a gastar seu tempo realizando atividades domésticas."²⁷

Shackelford et al. (1998) ²⁷ destacam que as mulheres com LM são mais propensas a se dedicarem a atividades domésticas, o que pode limitar suas oportunidades de emprego e desenvolvimento profissional.

A escolha do tema deste estudo se justifica pela necessidade de aprimorar o cuidado de mulheres com LM, papel importante dos profissionais de reabilitação no direcionamento dessas melhorias. Existem desconexões significativas de gênero e sexo na reabilitação de LM, que podem contribuir tanto para viés consciente quanto inconsciente no atendimento.

Primeiramente, a maioria dos modelos animais de LM utiliza roedores fêmeas, enquanto no cenário clínico, a maioria dos pacientes com novas lesões traumáticas são homens⁴⁵. Isso reflete uma lacuna entre pesquisa e prática clínica. Além disso, há uma predominância de mulheres entre os provedores de cuidado nas linhas de frente, contrastando com a predominância de homens entre os pacientes admitidos para serviços de reabilitação terciária⁴⁵. Paralelamente, a maioria dos pesquisadores são homens, o que pode influenciar os focos de estudo e as prioridades na área. Essas discrepâncias reforçam a importância de adaptar práticas de reabilitação e direcionar esforços de pesquisa para atender de maneira mais equitativa e eficaz as necessidades das mulheres.

Embora as mulheres representem aproximadamente 20% da população com LM traumática, esse número está crescendo tanto em incidência quanto em prevalência. Dados recentes indicam que cerca de 19% de todas as novas LM são em mulheres, e essa proporção tem aumentado anualmente.⁴⁶ Isso enfatiza a necessidade de pesquisas que caracterizem a evolução das mulheres com LM, avaliando a eficácia dos tratamentos e os modelos de atendimento para melhor atender essa população crescente e suas especificidades.

O tratamento clínico de mulheres com LM é desafiador devido à ênfase predominantemente direcionada aos pacientes do sexo masculino em estudos científicos divulgados. Embora certos aspectos, como o controle medicamentoso da hiperatividade detrusora neurogênica possam ser igualmente estudados entre os sexos, outros campos relacionados à saúde urológica feminina, como a função sexual, recebem pouca atenção em pesquisas.⁴⁷ Essa falta de atenção cria lacunas no atendimento, mostrando a necessidade urgente de pesquisas dedicadas que estudem as complicações urológicas específicas enfrentadas pelas mulheres com LM, melhorando assim sua QV.

Com relação às estruturas de banheiros em locais públicos, tema muito abordado pelas participantes, nota-se que no Brasil, a principal referência para a acessibilidade de banheiros PcD é a ABNT NBR 9050:2020 – Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.⁴⁸ Essa norma estabelece os critérios e parâmetros técnicos a serem observados no projeto, construção, instalação e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos para garantir a acessibilidade das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

A norma regulamenta as dimensões mínimas do cômodo, a altura do vaso sanitário e do lavatório, o mecanismo de acionamento da descarga e da torneira, largura e funcionamento da porta e a recomendação de instalação das barras de apoio.

As barras de apoio devem ser instaladas em alturas e comprimentos especificados na norma. Devem ser resistentes e fixadas de forma segura para suportar o peso do usuário.

No entanto, como foi explicitado por uma paciente com LM cervical e que possui certo grau de tetraparesia, o posicionamento inadequado das barras pode comprometer mais do que ajudar, especialmente se a paciente não possui força ou alcance suficiente nos membros superiores para utilizá-las de forma eficaz. Pacientes com tetraplegia ou tetraparesia têm variação na extensão da lesão e na capacidade de mobilidade dos braços e mãos, resultando na necessidade de ajustes personalizados no espaço de banheiro. Para algumas pessoas, as barras podem ser obstrução, e elas podem precisar de suporte diferente, como equipamentos de transferência motorizados ou assistência personalizada durante o cateterismo.

A escolha de uma abordagem qualitativa na pesquisa foi fundamental para compreender as experiências das mulheres em busca de diagnóstico e tratamento para suas condições, revelando suas necessidades e prioridades para um atendimento centrado na pessoa. O estudo destaca como a perspectiva das mulheres e seu conhecimento vivido são frequentemente subestimados em um modelo médico

tradicional. As interações clínicas muitas vezes ignoram o conhecimento simbólico incorporado das mulheres, que inclui sua compreensão pessoal e prática sobre seus corpos e suas condições.⁴⁹ Esta desconexão pode levar a diagnósticos tardios e a decisões de tratamento mal alinhadas com as preferências e necessidades das pacientes. A metodologia qualitativa foca nessas experiências singulares e oferece uma análise mais genuína.

A pesquisa qualitativa ressalta a necessidade de estratégias personalizadas de enfrentamento, considerando não apenas os sintomas físicos, mas também os impactos emocionais e culturais. Identificar fatores que influenciam essas experiências oferece material valioso para capacitar pacientes a explorar de forma mais positiva os benefícios do CVIL, integrando-o como parte de suas vidas, podendo melhorar seus sintomas.⁵⁰

O fato de o pesquisador ser um homem e as participantes serem mulheres é um ponto que merece atenção especial. Essa dinâmica de gênero poderia influenciar as respostas e a abertura das participantes ao discutirem temas sensíveis relacionados ao uso do CVIL. Para minimizar essa possível influência, o pesquisador adotou uma abordagem cuidadosa e uma postura respeitosa durante as entrevistas, garantindo um ambiente acolhedor e de confiança. O pesquisador destacou seu papel como investigador interessado na melhora das práticas clínicas, o que ajudou a criar um espaço seguro para que as mulheres se sentissem mais à vontade para se expressar livremente.

Além de evidenciar a necessidade de suporte emocional e social contínuo, a discussão enfatiza o papel fundamental que a comunidade desempenha na vida das mulheres após uma LM⁵¹. Em populações vulneráveis como essa, garantir a inclusão e o suporte no plano de reabilitação pode facilitar o enfrentamento das adversidades⁵², promover a resiliência e aumentar a QV. O tema, portanto, não tem apenas implicações para melhorar a prática clínica e as políticas de saúde, mas também sinaliza uma mudança no tratamento de deficiências, onde o foco deve ser a recuperação completa do indivíduo, física, emocional e social.

Por fim é essencial debater esse assunto para promover a conscientização e sensibilizar a sociedade em relação à realidade enfrentada por mulheres com LM. Isso pode impulsionar transformações culturais que incentivem a aceitação e oferecem maior suporte às mulheres afetadas por essa condição. Num contexto mais amplo, tudo isso contribui para uma sociedade mais empática e unida.

Limitações do Estudo

Este estudo possui importantes pontos fortes, destacando-se a diversidade de sua amostra, que abrange variações significativas em termos de raça/etnia, idade, tempo desde a lesão e nível da lesão. Essa amplitude demográfica é crucial, pois permite capturar uma vasta gama de experiências e perspectivas, tornando os achados mais representativos e valiosos ao refletir a diversidade da população com LM.

O estudo também enfrenta algumas limitações. O tamanho reduzido da amostra é um desafio, podendo limitar a generalização dos resultados. Especificamente, a predominância de participantes com paraplegia, incluindo apenas uma mulher tetraplégica, pode ter influenciado a diversidade de experiências relatadas. Esse viés pode limitar a aplicabilidade dos resultados a outras subpopulações, indicando uma área para melhorias em estudos futuros.

Além disso, a utilização do CVIL não pode ser considerada de maneira isolada, pois está intrinsecamente ligada à condição física subjacente dos participantes. As distinções nas dificuldades enfrentadas por indivíduos com paraplegia em comparação àqueles com tetraplegia revelam nuances importantes que merecem uma análise mais detalhada para entender completamente o impacto do CVIL. Também, o recrutamento foi restrito a um único local geográfico e a pacientes de determinadas clínicas, o que pode limitar a generalização dos resultados para contextos distintos.

Durante as entrevistas, algumas participantes apresentaram hesitações iniciais em compartilhar suas experiências mais íntimas e pessoais. Embora essas dificuldades tenham sido superadas, é importante reconhecer a influência que fatores como a conexão instável com a internet nas entrevistas por videoconferência podem ter tido na fluência e na completude dos relatos.

Um aspecto que não pôde ser explorado em sua totalidade, devido a sua grande profundidade emocional, seu envolvimento com processos de separações, luto e divórcio, foi o impacto do CVIL na esfera dos relacionamentos sexuais. Embora este seja um fator relevante para a qualidade de vida dos participantes, as limitações do escopo do estudo impediram uma investigação detalhada dessa dimensão. Este é um campo promissor para pesquisas futuras, onde questões mais amplas sobre intimidade e CVIL poderiam ser examinadas.

A análise de discurso oferece uma abordagem rica para a compreensão dos discursos das participantes. No entanto, essa metodologia apresenta alguns desafios. Primeiramente, a subjetividade inerente à própria análise. A influência da perspectiva do pesquisador.

Além disso, a análise de discurso demanda um tempo considerável e um envolvimento intensivo, tanto na fase de codificação quanto na fase de interpretação

dos dados. A complexidade e a profundidade da análise podem resultar em um processo demorado, tornando-a menos prática para estudos com grande volume.

Os desafios metodológicos também incluem a dificuldade de traduzir certas expressões ou silêncios em contextos discursivos claros e interpretações objetivas, uma vez que o discurso está sempre em transformação, muitas vezes durante a própria entrevista, conforme o tema vai sendo abordado e a participante vai ganhando confiança em dividir suas impressões.

Por fim, as entrevistas foram conduzidas por um médico urologista, o que trouxe vantagens nas discussões técnicas mais complexas, graças ao seu conhecimento prévio no assunto. No entanto, essa especialização pode ter limitado a extração completa das experiências dos participantes, devido a possíveis suposições implícitas. Para lidar com esse efeito, foram utilizadas diretrizes de entrevista com perguntas abertas e sondagens apropriadas, buscando capturar a essência dos relatos pelos participantes de maneira mais genuína.

5. Conclusão

Este estudo qualitativo revelou os desafios enfrentados por mulheres que realizam o CVIL após uma LM. A transformação em suas vidas é marcada por um profundo impacto emocional e pela necessidade de adaptação a uma nova realidade de cuidados diários. A principal descoberta se revela na identificação de três formações discursivas distintas que refletem a jornada de adaptação: Ruptura e Adaptação Inicial, Aprendizagem e Normalização, e Ressignificação e Nova Realidade.

As participantes demonstraram resiliência e capacidade de adaptação enquanto passam pelas mudanças físicas e emocionais impostas pelo CVIL. O processo de incorporar o cateterismo em suas rotinas desafiou suas identidades, mas também criou oportunidades de desenvolver novamente autonomia e independência.

O estudo reafirma a necessidade de políticas de saúde mais efetivas e estratégias sociais inclusivas que considerem também as implicações psicossociais e emocionais. Isso pode incluir a criação de programas de apoio psicológico e grupos de suporte para mulheres com LM, o desenvolvimento de materiais informativos acessíveis e culturalmente sensíveis sobre o CVIL, e a promoção de campanhas de conscientização para combater o estigma e a discriminação associados à incontinência e ao uso de dispositivos médicos.

Além disso, é essencial garantir o acesso a serviços de reabilitação multidisciplinares que abordem não apenas as necessidades físicas, mas também as emocionais e sociais das mulheres com LM. É necessário que haja um sistema de

integração entre a população que recebe o diagnóstico de LM e o serviço que a prepara técnica e psicologicamente para enfrentar o que está por vir com o processo de reabilitação e por consequência, com o CVIL.

Além das dificuldades enfrentadas, as participantes destacaram a relevância de redes de apoio adequadas, essenciais para conquistar uma vida ativa e envolvente. Ao reconhecer as experiências dessas mulheres, profissionais de saúde podem desenvolver reflexões mais empáticas.

Esta pesquisa avança o conhecimento existente ao evidenciar que o sucesso na adaptação ao CVIL está bastante ligado ao suporte social, à disponibilidade de informações adequadas e à capacidade de ressignificar a experiência, integrando-a de forma positiva à visão que a mulher com LM tem de si própria.

É importante ressaltar o modelo de estruturação da exposição dos temas oriundos das entrevistadas, que propõe a adoção do modelo das formações discursivas. Os períodos destacados neste estudo podem ser encarados como uma padronização para futuras pesquisas. Essa padronização destaca a importância de se estabelecer formações discursivas e diferentes períodos de adaptação e ressignificação, proporcionando coerência e organização para a análise e compreensão dos diversos aspectos relacionados à LM e DNTUI. Essa abordagem estrutural auxilia não apenas na interpretação dos dados, mas também no desenvolvimento de intervenções mais eficazes e direcionadas, assegurando que o cuidado fornecido seja consistente e fundamentado nas experiências das mulheres afetadas.

O enfoque mais integral e centrado na pessoa é fundamental para garantir o bem-estar, possibilitando que essas mulheres alcancem uma vida significativa, independente dos obstáculos enfrentados pela LM.

6. Tabelas e Figuras

Participante	Idade	Trabalho atual	Escolaridade	Estado civil	Trabalho na época da lesão	Ano da LM	Nível LM	Motivo	Início do CVIL	Frequência	Local	Responsável
E1	44	Síndica	Segundo grau	Solteira	Não	1997	T5	Acidente automobilístico	Imediato	4-5x ao dia	Cama	A própria
E2	43	-	Superior	Casada	Sim	2018	T6/T7	Atropelamento por bicicleta	Imediato	6x ao dia	Banheiro e cama	A própria
E3	33	-	Segundo grau	Divorciada	Não	2017	T4/5	Trombose medular	4 anos	6x ao dia	Cama	A própria
E4	20	Recursos humanos	Superior em curso	Solteira	Não	2013	L2/3/4	Acidente automobilístico	1 ano	6x ao dia	Cama	Mãe / enfermeira
E5	23	-	Superior	Solteira	Não	2020	T4/5	Queda	Imediato	6x ao dia	Cama	A própria
E6	49	-	Superior	Casada	Sim	2020	T7/8	Cirurgia ortopédica	Imediato	6-7x ao dia	Cama	A própria
E7	51	Vendedora	Segundo grau	Casada	Não	1991	T12	Acidente automobilístico	3 meses	6x ao dia	Cama	A própria
E8	32	-	Superior	Divorciada	Não	2015	T7	Cirurgia ortopédica	imediatamente	8x ao dia	Cama	A própria
E9	34	Empresária	Segundo grau	Casada	Sim	2023	T8	Cirurgia ortopédica	Imediato	4x ao dia	Cadeira	A própria
E10	62	-	Superior	Divorciada	Sim	2010	C5/6	Cirurgia ortopédica	Imediato	6x ao dia	Cama	Filhos
E11	28	-	Segundo grau	Casada	Não	2019	T5	Acidente automobilístico	Imediato	6x ao dia	Chão	A própria
E12	45	Empresária	Segundo grau	Casada	Sim	2016	T8	Queda	Imediato	3x ao dia	Cama	A própria
E13	56	Professora	Superior	Casada (em um novo relacionamento)	Sim	2008	L4	Cirurgia ortopédica	6 anos	6x ao dia	Cama	A própria

Tabela 1 – Caracterização geral das entrevistadas

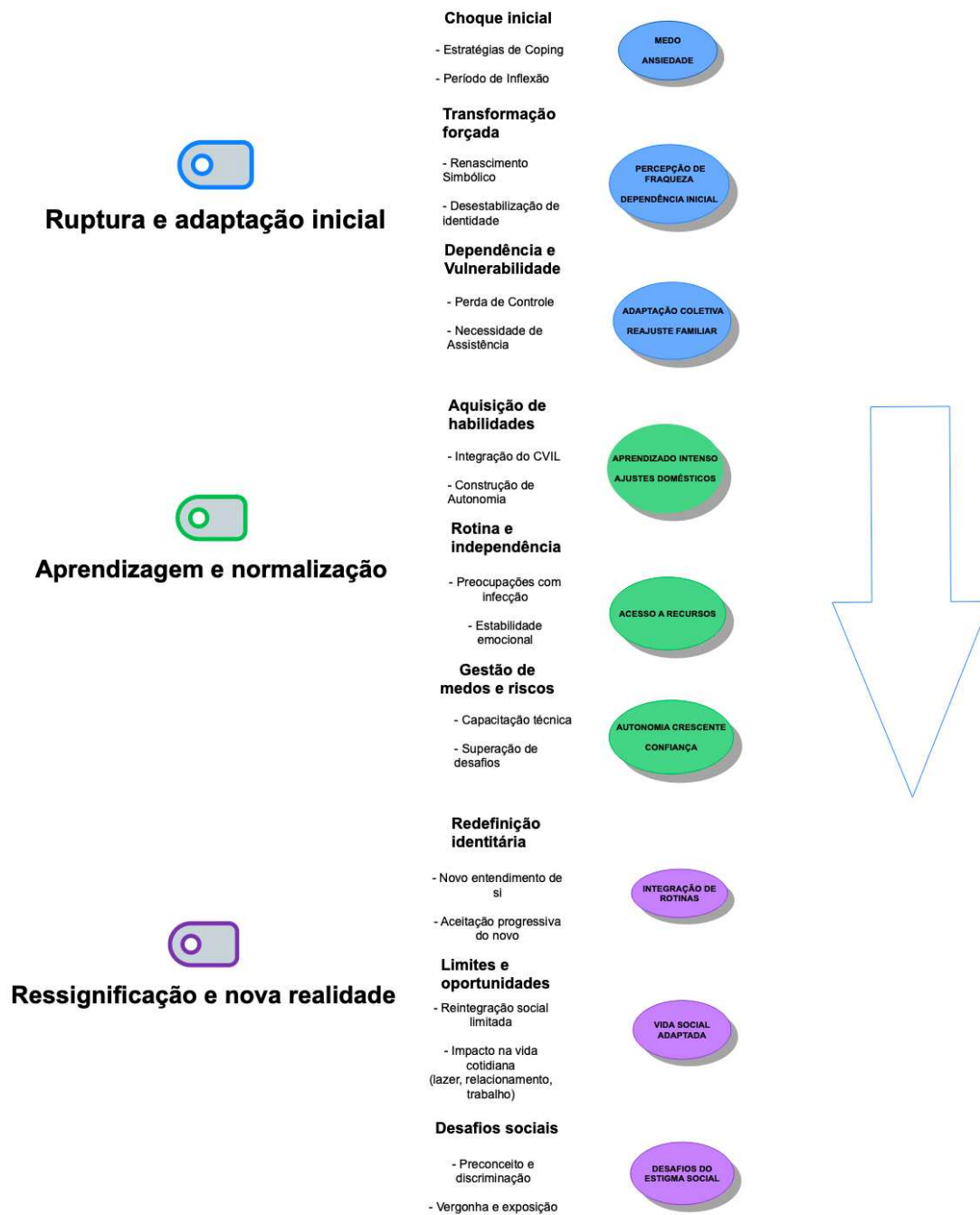


Figura 1 – Formações discursivas no processo de adaptação ao CVIL.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo ressaltou a complexidade e a profundidade das experiências vivenciadas por mulheres que optam pelo CVIL após uma LM. Nas entrevistas foram evidenciados o impacto emocional e social significativo ligado à adaptação a uma nova rotina de cuidados diários. A inserção do CVIL na vida cotidiana das participantes não representou somente um desafio técnico, mas também uma oportunidade de reconsideração e reconstrução de suas noções de autonomia e identidade pessoal.

Apesar dos desafios envolvidos no processo, as participantes demonstraram uma incrível capacidade de se adaptar e superar obstáculos ao buscarem apoio em suas redes de suporte e ao adotarem métodos de aprendizado próprio para lidar com as dificuldades enfrentadas.

Ao abordar os aspectos psicológicos e sociais envolvidos nesse contexto específico o estudo enfatiza a importância de políticas de saúde mais abrangentes do que apenas as práticas habituais promovendo estratégias sociais que sejam inclusivas e capazes de reconhecer e apoiar as vivências pessoais dessas mulheres.

As narrativas das pessoas envolvidas inspiram superação e chamam atenção para os profissionais de saúde e para a sociedade sobre a importância de compreender suas necessidades de forma mais empática.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular*. Ms; 2015.
2. Planta D, Gerwinn T, Salemi S, Horst M. Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction in Spinal Dysraphism: Morphological and Molecular Evidence in Children. *Int J Mol Sci*. 2023;24(4):3692. doi:10.3390/ijms24043692
3. Browne C, Salmon N, Kehoe M. Bladder dysfunction and quality of life for people with multiple sclerosis. *Disabil Rehabil*. 2015;37(25):2350-2358. doi:10.3109/09638288.2015.1027007
4. Ginsberg D. The Epidemiology and Pathophysiology of Neurogenic Bladder. *Am J Manag Care*. 2013;19(10).
5. Panicker JN. Neurogenic Bladder: Epidemiology, Diagnosis, and Management. *Semin Neurol*. 2020;40(05):569-579. doi:10.1055/s-0040-1713876
6. Wilson M. Intermittent self-catheterisation in the context of multiple sclerosis and spinal injury. *Br J Neurosci Nurs*. 2017;13(6):278-281. doi:10.12968/bjnn.2017.13.6.278
7. Bragge P, Piccenna L, Middleton JW, et al. Developing a spinal cord injury research strategy using a structured process of evidence review and stakeholder dialogue. Part I: rapid review of SCI prioritisation literature. *Spinal Cord*. 2015;53(10):714-720. doi:10.1038/sc.2015.85
8. Yoshimura N, Ogawa T, Miyazato M, et al. Neural Mechanisms Underlying Lower Urinary Tract Dysfunction. *Korean J Urol*. 2014;55(2):81. doi:10.4111/kju.2014.55.2.81
9. Silver JR. Management of the bladder in traumatic injuries of the spinal cord during the First World War and its implications for the current practice of urology. *BJU Int*. 2011;108(4):493-500. doi:10.1111/j.1464-410X.2011.10211.x
10. European Association of Urology. (2024). *EAU guidelines on neuro-urology*. European Association of Urology.
11. Weynants L, Hervé F, Decalf V, et al. Clean Intermittent Self-Catheterization as a Treatment Modality for Urinary Retention: Perceptions of Urologists. *Int Neurourol J*. 2017;21(3):189-196. doi:10.5213/inj.1734824.412
12. DeVivo MJ. Epidemiology of traumatic spinal cord injury: trends and future implications. *Spinal Cord*. 2012;50(5):365-372. doi:10.1038/sc.2011.178
13. Coloplast. (2007). Coloplast Market Study ReD Associates Study: Data on file.
14. Hicken BL, Putzke JD, Richards JS. Bladder Management and Quality of Life After Spinal Cord Injury: *Am J Phys Med Rehabil*. 2001;80(12):916-922. doi:10.1097/00002060-200112000-00008
15. Liu C, Huang C, Yang Y, Chen S, Weng M, Huang M. Relationship between neurogenic bowel dysfunction and health-related quality of life in persons with spinal cord injury. *J Rehabil Med*. 2009;41(1):35-40. doi:10.2340/16501977-0277
16. Forsythe E, Horsewell JE. Sexual rehabilitation of women with a spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2006;44(4):234-241. doi:10.1038/sj.sc.3101844
17. Oertelt-Prigione S. Putting gender into sex- and gender-sensitive medicine. *EclinicalMedicine*. 2020;20:100305. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100305
18. Simpson LA, Eng JJ, Hsieh JTC, Wolfe And The Spinal Cord Injury Re DL. The Health and Life Priorities of Individuals with Spinal Cord Injury: A Systematic Review. *J Neurotrauma*. 2012;29(8):1548-1555. doi:10.1089/neu.2011.2226
19. Van Der Meer P, Post MWM, Van Leeuwen CMC, Van Kuppevelt HJM, Smit

- CAJ, Van Asbeck FWA. Impact of health problems secondary to SCI one and five years after first inpatient rehabilitation. *Spinal Cord*. 2017;55(1):98-104. doi:10.1038/sc.2016.103
20. Datto JP, Bastidas JC, Miller NL, et al. Female Rats Demonstrate Improved Locomotor Recovery and Greater Preservation of White and Gray Matter after Traumatic Spinal Cord Injury Compared to Males. *J Neurotrauma*. 2015;32(15):1146-1157. doi:10.1089/neu.2014.3702
 21. Li Y, Ritzel RM, Lei Z, et al. Sexual dimorphism in neurological function after SCI is associated with disrupted neuroinflammation in both injured spinal cord and brain. *Brain Behav Immun*. 2022;101:1-22. doi:10.1016/j.bbi.2021.12.017
 22. Mazur, C. M., Edwards, W. B., Haider, I. T., Fang, Y., Morse, L. R., Schnitzer, T. J., Simonian, N., & Troy, K. L. (2023). Bone mineral loss at the distal femur and proximal tibia following spinal cord injury in men and women. *Journal of Clinical Densitometry*, vol. 26. <https://doi.org/10.1016/j.jocd.2023.101380>.
 23. Myers, J. B., Stoffel, J. T., Elliott, S. P., Welk, B., Herrick, J. S., & Lenherr, S. M. (2023). Sex differences in bladder management, symptoms, and satisfaction after spinal cord injury. **Journal of Urology**, 210(4), 659–669. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000003611>.
 24. Anderson CE, Birkhäuser V, Liechti MD, et al. Sex differences in urological management during spinal cord injury rehabilitation: results from a prospective multicenter longitudinal cohort study. *Spinal Cord*. 2023;61(1):43-50. doi:10.1038/s41393-022-00860-4
 25. Yilmaz B, Akkoç Y, Alaca R, et al. Intermittent catheterization in patients with traumatic spinal cord injury: obstacles, worries, level of satisfaction. *Spinal Cord*. 2014;52(11):826-830. doi:10.1038/sc.2014.134
 26. Dekalo A, Myers JB, Kennelly M, Welk B. General and bladder-related quality of life: A focus on women living with spinal cord injury. *Neurourol Urodyn*. 2022;41(4):980-990. doi:10.1002/nau.24912
 27. Shackelford M, Farley T, Vines CL. A comparison of women and men with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 1998;36(5):337-339. doi:10.1038/sj.sc.3100510
 28. Samuel VM, Moses J, North N, Smith H, Thorne K. Spinal cord injury rehabilitation: the experience of women. *Spinal Cord*. 2007;45(12):758-764. doi:10.1038/sj.sc.3102111
 29. Welk B, McGarry P, Kennelly M, Myers J, For the Neurogenic Bladder Research Group. Bladder management experiences among people living with neurologic disease: A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Neurourol Urodyn*. 2019;38(2):668-676. doi:10.1002/nau.23887
 30. Nevedal A, Kratz AL, Tate DG. Women's experiences of living with neurogenic bladder and bowel after spinal cord injury: life controlled by bladder and bowel. *Disabil Rehabil*. 2016;38(6):573-581. doi:10.3109/09638288.2015.1049378
 31. Afsar SI, Yemisci OU, Cosar SNS, Cetin N. Compliance with clean intermittent catheterization in spinal cord injury patients: a long-term follow-up study. *Spinal Cord*. 2013;51(8):645-649. doi:10.1038/sc.2013.46
 32. Ramani S, Mann K. Introducing medical educators to qualitative study design: Twelve tips from inception to completion. *Med Teach*. 2016;38(5):456-463. doi:10.3109/0142159X.2015.1035244
 33. Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, et al. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*. 2016;122(13):2110-2116. doi:10.1002/ncr.30025
 34. Osowiecka K, Kieszkowska-Grudny A, Środa R, Olejniczak D, Rucińska M.

- Identification of Cognitive Strategies Used by Cancer Patients as a Basis for Psychological Self-Support during Oncological Therapy. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15):9243. doi:10.3390/ijerph19159243
35. Dev R, Agosta M, Fellman B, et al. Coping Strategies and Associated Symptom Burden Among Patients With Advanced Cancer. *The Oncologist*. Published online September 5, 2023:oyad253. doi:10.1093/oncolo/oyad253
 36. Barańska A, Religioni U, Kłak A, et al. Coping Strategies Preferred by Patients Treated for Osteoporosis and Analysis of the Difficulties Resulting from the Disease. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):5677. doi:10.3390/ijerph19095677
 37. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042
 38. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27. doi:10.1590/S0102-311X2008000100003
 39. Orlandi, E. P. (2000). *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. Pontes.
 40. Kübler-Ross, E. (1996). **Sobre a Morte e o Morrer: O Que Os Doentes Têm Para Ensinar Aos Médicos, Enfermeiras, Religiosos e Aos Seus Próprios Parentes** (7ª Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
 41. Welk B, Myers JB, Kennelly M, et al. A qualitative assessment of psychosocial aspects that play a role in bladder management after spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2021;59(9):978-986. doi:10.1038/s41393-020-00538-9
 42. Ferreiro-Velasco ME, Barca-Buyo A, Salvador De La Barrera S, Montoto-Marqués A, Miguéns Vázquez X, Rodríguez-Sotillo A. Sexual issues in a sample of women with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2005;43(1):51-55. doi:10.1038/sj.sc.3101657
 43. Black K, Sipski ML, Strauss SS. Sexual Satisfaction and Sexual Drive in Spinal Cord Injured Women. *J Spinal Cord Med*. 1998;21(3):240-244. doi:10.1080/10790268.1998.11719534
 44. Orlandi, E. P. (2007). **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. Campinas: Editora da UNICAMP.
 45. Craven BC, Musselman KE. Improving the care of women with spinal cord injury: Rehabilitation professionals as agents of change. *J Spinal Cord Med*. 2019;42(sup1):1-2. doi:10.1080/10790268.2019.1656951
 46. Slocum C, Halloran M, Unser C. A Primary Care Provider's Guide to Clinical Needs of Women With Spinal Cord Injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2020;26(3):166-171. doi:10.46292/sci2603-166
 47. Teplitsky S, Murphy A, Shenot PJ. Knowledge Gaps in Urologic Care of Female Spinal Cord Injury Patients. *Curr Urol Rep*. 2019;20(5):21. doi:10.1007/s11934-019-0884-6
 48. Técnicas AB de N. *ABNT NBR 9050 - Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. Abnt; 2020.
 49. Abhyankar P, Uny I, Semple K, et al. Women's experiences of receiving care for pelvic organ prolapse: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2019;19(1):45. doi:10.1186/s12905-019-0741-2
 50. Shaw C, Logan K, Webber I, Broome L, Samuel S. Effect of clean intermittent self-catheterization on quality of life: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2008;61(6):641-650. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04556.x
 51. Isaksson G, Skär L, Lexell J. Women's perception of changes in the social network after a spinal cord injury. *Disabil Rehabil*. 2005;27(17):1013-1021.

doi:10.1080/09638280500030431

52. Isaksson G, Hellman A. The influence of social support on the rehabilitation of women with spinal cord injury: experiences recounted by occupational therapists. *Scand J Occup Ther.* 2012;19(5):395-403. doi:10.3109/11038128.2011.620982

ANEXOS

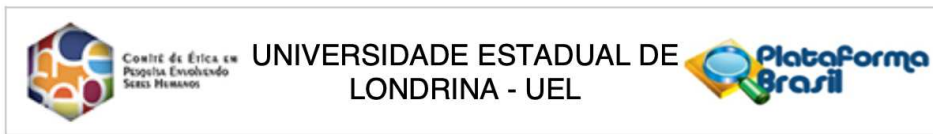
ANEXO A – Consolidated criteria for reporting qualitative research – versão em português

CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ) - VERSÃO EM PORTUGUÊS FALADO NO BRASIL (SOUZA, MARZIALE, SILVA, NASCIMENTO, 2021) *

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	Pag.
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade			
Características pessoais			
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?	
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.	
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?	
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?	
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?	
Relacionamento com os participantes			
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?	
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.	
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.	
Domínio 2: Conceito do estudo			
Estrutura teórica			
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.	
Seleção de participantes			
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.	
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.	
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?	
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?	
Cenário			
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.	
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?	
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.	
Coleta de dados			
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?	
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?	
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?	
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?	
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?	

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	Pag.
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?	
Domínio 3: Análise e resultados			
	Análise de dados		
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?	
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?	
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?	
	Relatório		
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.	
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?	

ANEXO B – Aprovação no comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Desafios enfrentados por pacientes que realizam cateterismo vesical intermitente: um estudo qualitativo com ênfase nas mulheres.

Pesquisador: Silvio Henrique Maia de Almeida

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 44965621.6.0000.5231

Instituição Proponente: HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DO NORTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.186.909

Apresentação do Projeto:

"A alteração urológica causada pela lesão na medula espinhal é chamada de disfunção neurogênica do trato urinário inferior (DNTUI) e constitui grande desafio para as equipes de assistência multidisciplinar que acompanham esses pacientes, tendo em vista que o mau funcionamento vesical, quando tratado inadequadamente, acarreta complicações como infecção urinária, cálculos vesicais, refluxo ureteral, hidronefrose e, em casos extremos, perda da função renal. A condição social a que os pacientes com DNTUI estão expostos é uma das mais estigmatizantes e de maior impacto na mudança de vida dentre todas as consequências do paciente vítima de TRM. Não se pode simplesmente extrapolar dados obtidos em uma população de estudo majoritariamente masculina por conta de diferenças anatômicas, funcionais e psicológicas entre estes e as mulheres. O sexo afeta o comportamento, a saúde, a maneira como a doença se desenvolve, o diagnóstico, o manejo e as consequências da patologia a longo prazo. O objetivo é a comparação de dados epidemiológicos que tracem o perfil do paciente usuário de CVIL, examinar desfechos importantes como episódios de infecção urinária, procuras ao serviço de urgência, bem como o impacto desse processo na qualidade de vida especificamente para a mulher, de modo a permitir a elaboração de estratégias específicas para a população brasileira feminina."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário
UF: PR
Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970
Município: LONDRINA
E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Ser(es) Hum(ã)no(s)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 6.186.909

Básicas do Projeto	_E1.pdf	20:15:50		Aceito
Outros	Instrumento_dados.docx	10/06/2021 20:43:48	Sílvio Henrique Maia de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROJETO_08_06.docx	10/06/2021 20:35:10	Sílvio Henrique Maia de Almeida	Aceito
Outros	Manual_CVIL_VidasSecas.pdf	10/06/2021 20:32:58	Sílvio Henrique Maia de Almeida	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_08_06.docx	10/06/2021 20:30:40	Sílvio Henrique Maia de Almeida	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_concordancia_assinada.pdf	13/03/2021 16:51:29	Sílvio Henrique Maia de Almeida	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	24/02/2021 22:04:55	Sílvio Henrique Maia de Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 17 de Julho de 2023

Assinado por:

Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Modelo em acordo com a Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

Título do estudo: DESAFIOS ENFRENTADOS POR PACIENTES QUE REALIZAM CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE: UM ESTUDO QUALITATIVO COM ÊNFASE NAS MULHERES.

Você está sendo convidada a participar do estudo científico, porque você teve uma lesão da medula espinhal e coluna vertebral, e apresenta mal funcionamento da bexiga (bexiga neurogênica) com necessidade de realizar cateterismo intermitente limpo. O motivo do estudo é aumentar o conhecimento a respeito do uso do **cateterismo intermitente limpo por pacientes com lesão medular**, e o título é **“DESAFIOS ENFRENTADOS POR PACIENTES QUE REALIZAM CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE: UM ESTUDO QUALITATIVO COM ÊNFASE NAS MULHERES”**.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

Nós iremos realizar aplicar formulários que buscam caracterizar o perfil do entrevistado, bem como o perfil de lesão medular. Após o preenchimento dos formulários, realizaremos uma entrevista aberta com a realização de algumas perguntas. Importante ressaltar que não existem respostas certas ou erradas.

Então, o objetivo desse estudo é entender de que maneira a realização deste método de esvaziamento vesical impacta a sua vida.

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Você será convidada por meio de mensagem de texto no celular ou telefonema.

O estudo será realizado da seguinte maneira: você responderá os questionários na mesma data em que vier realizar sua entrevista.

Suas respostas e todo o conteúdo da sua entrevista serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seus dados não serão divulgados.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

“Toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco” (Resolução CNS 466/12-V).

O preenchimento dos questionários e a realização da entrevista poderá expor os participantes a riscos mínimos como cansaço, medo de se identificar, desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário, e ao lembrar algumas sensações que viveu e foram ruins. Se isto ocorrer, você poderá interromper o preenchimento dos questionários e retomá-los posteriormente, se assim o desejar.

Os benefícios relacionados com a sua participação são: conhecimento da realidade desse acometimento na população feminina **com lesão medular** usuária do **cateterismo intermitente limpo**; bem como para os fatores de insatisfação e dificuldades provenientes da técnica usada.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de

dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram fora de suas consultas de rotina, como transporte e alimentação, serão custeadas pelo pesquisador responsável por este estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar o **pesquisador responsável** Dr. Felipe Vessoni Barbosa Kasuya pelo e-mail [REDACTED] ou ainda pelo telefone: [REDACTED] ou no endereço: UROLIT, segundo-andar, Rua Olinda, 221, Londrina, Paraná.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA (CEP/UEL) está disponível no telefone: ou pelo email: cep268@uel.br, localizado Campus universitário da Universidade Estadual de Londrina, no horário de funcionamento das 7:30 às 16:30 de segunda à sexta. O CEP (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos) é um grupo formado por pessoas que trabalham ou não com pesquisa e que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo para manter sua segurança e proteger seus direitos.

Este documento foi feito em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador deste estudo, tendo colocado minha rubrica (assinatura) em todas as páginas deste Termo. O TCLE é um documento para você "salvar", guardar e ter acesso caso tenha alguma dúvida. O material coletado nesta pesquisa será destruído após o uso e não ficará em "nuvem on-line" ou arquivo, conforme OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Pesquisador Responsável
(Nome e Assinatura)

Participante da Pesquisa ou Responsável Legal
(Nome e Assinatura)

ANEXO D – Instruções para publicação – *Neurourology & Urodynamics*



Author Guidelines

Neurourology and Urodynamics welcomes original contributions from all parts of the world on urinary tract function, urinary and fecal continence and pelvic floor function.

We are working with the WebCONSORT team on a research study designed to improve the reporting of randomized controlled trials. As such, by submitting your manuscript to our journal you may later be asked to participate in this research, but your decision will not impact on any future acceptance or rejection of your manuscript.

Authors are encouraged to check for an existing account. If you are submitting for the first time, and you do not have an existing account, then create a new account. Once you have logged in, you will be presented with the Main Menu and a link to your Author Center. Enter your Author Center to submit your manuscript. At the end of a successful submission, a confirmation screen with manuscript number will appear and you will receive an e-mail confirming that the manuscript has been received by the journal. If you have any questions, do not hesitate to contact us at nauadmin@wiley.com or contact ScholarOne Support at ts.mcsupport@thomson.com.

Note: Effective with the 2016 volume, this journal will be published in an online-only format. Print subscription and single issue sales are available from Wiley's Print-on-Demand Partner. To order online click through to the ordering portal from the journal's subscribe and renew page.

SUBMISSIONS:

New submissions should be made via the Research Exchange submission portal: wiley.atyponrex.com/journal/nau Should your manuscript proceed to the revision stage, you will be directed to make your revisions via the same submission portal. You may check the status of your submission at anytime by logging on to submission.wiley.com and clicking the "My Submissions" button. For technical help with the submission system, please review our [FAQs](#) or contact submissionhelp@wiley.com.

FREE FORMAT :

Neurourology and Urodynamics now offers free format submission for a simplified and streamlined submission process.

Manuscripts can be uploaded either as a single document (containing the main text, tables and figures), or with figures and tables provided as separate files. Please note that this journal is a double-blind journal; therefore, your title page must always be submitted as a separate file.

Should your manuscript reach revision stage, figures and tables must be provided as separate files. The main manuscript file must be submitted in Microsoft Word (.doc or .docx) format.

Your TITLE PAGE file should include:

Your TITLE PAGE file should include:

- A short informative title containing the major key words. The title should not contain abbreviations
- The full names of the authors with institutional affiliations where the work was conducted, with a footnote for the author's present address if different from where the work was conducted
- Acknowledgments
- Statements relating to our ethics and integrity policies:
 - data availability statement
 - funding statement
 - conflict of interest disclosure
 - ethics of approval statement
 - patient consent statement
 - permission to reproduce material from other sources
 - clinical trial registration

(Why is this important? We need to uphold rigorous ethical standards for research we consider for publication.)

- Your co-author details, including affiliation and email address. *(Why is this important? We need to keep co-authors informed of the outcome of the peer review process.)*
- An ORCID ID, freely available at [ORCID.org](https://orcid.org) *(Why is this important? Your article, if accepted and published, will be attached to your ORCID profile. Institutions and funders are increasing requiring authors to have ORCID IDs.)*

Your MAIN DOCUMENT file should include:

- Abstract
- Up to seven keywords
- Main body: formatted as introduction, materials & methods, results, discussion, conclusion
- References
- Tables (each table complete with title and footnotes)
- Figures: Figure legends must be added beneath each individual image during upload AND as a complete list in the text.

If you are invited to revise your manuscript after peer review, the journal will also request the revised manuscript to be formatted according to journal requirements as described below

REFERENCES :

AMA – American Medical Association

All references should be numbered consecutively in order of appearance and should be as complete as possible. In text citations should cite references in consecutive order using Arabic superscript numerals. Sample references follow:

Journal article:

1. King VM, Armstrong DM, Apps R, Trott JR. Numerical aspects of pontine, lateral reticular, and inferior olivary projections to two paravermal cortical zones of the cat cerebellum. *J Comp Neurol* 1998;390:537-551.

Book:

2. Voet D, Voet JG. *Biochemistry*. New York: John Wiley & Sons; 1990. 1223 p.

Please note that journal title abbreviations should conform to the practices of Chemical Abstracts. For more information about AMA reference style - [AMA Manual of Style](#)

MANUSCRIPT FORMATTING :

For optimal production, prepare manuscript text in size 12 font on 8-1/2 x 11 inch page, with at least 1 inch margins on all sides.

ILLUSTRATIONS :

The minimum requirements for digital resolution are:

- 1200 DPI/PPI for black and white images, such as line drawings or graphs.
- 300 DPI/PPI for picture-only photographs
- 600 DPI/PPI for photographs containing pictures and line elements, i.e., text labels, thin lines, arrows.

These resolutions refer to the output size of the file; if you anticipate that your images will be enlarged or reduced, resolutions should be adjusted accordingly.

For the editorial review process EPS or TIFF files will be required in RGB color. Delivery of these production-quality files early in the review process may facilitate smooth and rapid publication once a manuscript has been accepted.

SUPPORTING INFORMATION :

Supporting Information can be a useful way for an author to include important but ancillary information with the online version of an article. Examples of Supporting Information include additional tables, data sets, figures, movie files, audio clips, 3D structures, and other related nonessential multimedia files. Supporting Information should be cited within the article text, and a descriptive legend should be included. It is published as supplied by the author, and a proof is not made available prior to publication; for these reasons, authors should provide any Supporting Information in the desired final format. For further information on recommended file types and requirements for submission, please visit: <http://authorservices.wiley.com/bauthor/suppinfo.asp>

CATEGORY OF SUBMISSIONS :

The Journal accepts papers prepared in any one of the following forms listed below. For clinical papers dealing with the treatment of urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse, preference will be given to papers whose methodology and terminology adheres to existing ICS and SUFU guidelines (www.icsoffice.org and www.sufuorg.com).

Review. Review articles are designed to provide an up-to-date review of the most modern and reasonable approach to a particular topic by a recognized expert in the field. They represent the authors' editorial point of view rather than a litany of dogma or an exhaustive compilation of all prior work in that field. These should not exceed 3000 words and 50 references.

Authors of systematic reviews must include a PRISMA checklist as part of their submission. Further details of the PRISMA requirements, flow charts and a Word version of the checklist are available at: <http://www.prisma-statement.org/> The checklist is also available to download from the Neurourology & Urodynamics ScholarOne Manuscripts website during paper submission.

Basic Science Article and Clinical Article. These should not exceed 3000 words and 25 references. The clinical trial registration number must be reported in the cover letter for all submissions of clinical trial articles. Trials that are not registered will not be published, consistent with the International Committee of Medical Journal Editors' Uniform Requirements (www.icmje.org). Authors are also encouraged to consult reporting guidelines relevant to their specific research design. For reports of randomized controlled trials authors must refer to the CONSORT statement (www.consort-statement.org).

Debate. This section is appropriate for papers that present an opinion, point of view, new concept, idea or editorial. They will be reviewed by the Editor-in-Chief, Associate Editors, and, when appropriate, they may be assigned to other reviewers. As far as possible the editors will respect the editorial integrity and style of the author.

Gap & Controversy. Controversial topics will be presented by two or more authors who take different points of view. The authors will be solicited by the core editorial team and the discussion moderated by the Editor in Chief.

Letter to the Editor. Pertinent letters of interest to the readership should not exceed 800 words. Peer-review will consist of approval by the Editor in Chief and a response from the author of any paper the letter comments on. If the letter does not follow the above guidelines, it will have to be submitted for formal peer review. Letters to the editor are typically opinion pieces responding to original works published in the journal.

Commentary. If it is appropriate for an editorial comment to accompany a particular article, this will be solicited by the core editorial team. Editorial comments should not exceed 500-600 words.

Invited Review. A review of a specific topic or body of evidence solicited by the editorial board as represented by the Editor in Chief. This submission represents the author(s) editorial point of view with appropriate supporting evidence and visuals including graphics. These should not exceed 3000 words and 50 references.

Editorial. Pertinent position points to the readership should not exceed 500 words. Peer-review will consist of approval by the Editor in Chief. Editorials are typically opinion pieces related to topics of interest to the journal and readership.

Abstract. A structured summary of basic or clinical research associated with meeting proceedings of societies which are supportive societies to the journal. Abstract specifics are governed by the submission guidelines of the journal with oversight of the meeting to which the abstract has been submitted and are components of separate meeting specific supplements.

Best Practice. An official position paper specific to an element of clinical practice or care produced by constituent society of the journal or convened expert panel. These should not exceed 3000 words and 50 references.

Guideline. A document with the stated goal of providing guiding decisions and criteria regarding diagnosis, management, and treatment in specific areas of Neurourology and created by the one of the contributory societies for purposes of practice standardization and derivation of parameters to monitor same. These should not exceed 3000 words and 50 references.

NB. Unfortunately, we cannot accept Case Reports.

ETHICAL CONSIDERATIONS :

***Neurourology and Urodynamics* believes in ethical behavior and supports the ICMJE Uniform Requirements (www.icmje.org) the CONSORT statement (www.consort-statement.org) and the COPE guidelines (www.publicationethics.org.uk).**

The Editor In Chief and Associate Editors have full responsibility and independence in both intellectual and practical terms to determine the content and academic direction of the journal, with particular reference to the validity of work and its importance to journal readers. All articles will be peer-reviewed in a blinded fashion. Supervision of the review process will either be via the Editor in Chief or a designated Associate Editor. We aim to have a minimum of two reviews carried out and often more than this. Reviewers' opinions are relied upon heavily, but the final decision as to what is published rests with the core editorial team. All authors have the right to appeal editorial decisions and we are always willing to receive and deal with these. Corrections of errors (where they affect the interpretation of data or information) will be published as referenced errata.

Neurourology and Urodynamics employs a plagiarism detection system. By submitting your manuscript to this journal, you accept that your manuscript may be screened for plagiarism against previously published works.

Scientific Fraud. Whenever scientific fraud of any sort, including dual publication, is suspected, it should be reported back to the Editor in Chief, who will then discuss it with the Associate Editors and if there is a strong case that fraud has occurred, then the author will be contacted. Unless there is a satisfactory explanation, then they will be censured by contacting the Dean of their institution with the facts as they exist, and instituting immediate embargo on any further work from them for a minimum of two years. Consideration will also need to be given to contacting editors of other major urological journals to inform them of this problem, on a confidential basis.

All manuscripts submitted to *Neurourology and Urodynamics* must be submitted solely to this journal and may not have been published in any part or form in another publication of any type, professional or lay, and become the property of the publisher. On acceptance of a manuscript for publication, authors will be asked to transfer copyright to the publisher, who reserves copyright. No published material may be reproduced or published elsewhere without the written permission of the publisher and the author. The Journal will not be responsible for the loss of manuscripts at any time. All statements in, or omissions from, published manuscripts are the responsibility of the authors, who will assist the editors by reviewing proofs before publication. Reprint order forms will be sent with the proofs. No page charges will be levied against authors or their institutions for publication in this journal.

COPYRIGHT and ONLINE OPEN:

If your paper is accepted, the author identified as the formal corresponding author for the paper will receive an email prompting them to login into Author Services; where via the Wiley Author Licensing Service (WALS) they will be able to complete the license agreement on behalf of all authors on the paper.

For authors signing the copyright transfer agreement:

If the Open Access option is not selected the corresponding author will be presented with the copyright transfer agreement (CTA) to sign. The terms and conditions of the CTA can be previewed in the samples associated with the Copyright FAQs:

http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp

For authors choosing Open Access:

If the Open Access option is selected the corresponding author will have a choice of the following Creative Commons License Open Access Agreements (OAA):

- Creative Commons Attribution
- Non-Commercial License OAA
- Creative Commons Attribution Non-Commercial -NoDerivs License OAA

To preview the terms and conditions of these open access agreements please visit the Copyright FAQs hosted on Wiley Author Services http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp and visit <http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright--License.html>.

If you select the Open Access option and your research is funded by The Wellcome Trust and members of the Research Councils UK (RCUK) you will be given the opportunity to publish your article under a CC-BY license, supporting you in complying with Wellcome Trust and Research Councils UK requirements. For more information on this policy and the Journal's compliant self-archiving policy please visit: <http://www.wiley.com/go/funderstatement>.

For RCUK and Wellcome Trust authors click on the link below to preview the terms and conditions of this license: Creative Commons Attribution License OAA To preview the terms and conditions of these open access agreements please visit the Copyright FAQs hosted on Wiley Author Services http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp and visit <http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright--License.html>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de caracterização sócio-demográfica

FORMULÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Nome do participante (privado):

Código do Participante:

Gostaria que você respondesse algumas perguntas sobre você:

Idade:

Gênero:

Você trabalha? () S () N

() Desempregada - há quanto tempo está desempregada?

Qual a sua formação?

Qual seu atual estado civil?

APÊNDICE B – Formulário de caracterização clínica

FORMULÁRIO CLÍNICO

Nome do participante (privado):

Código do Participante:

Gostaria que você respondesse algumas perguntas sobre você:

Qual foi o motivo do seu trauma?

Há quanto tempo?

Qual o nível da lesão medular?

Qual era o seu estado civil na ocasião?

Você trabalhava na ocasião do trauma?

Há quanto tempo você faz cateterismo vesical intermitente?

Quantas vezes por dia você realiza o cateterismo?

Quem realiza o seu cateterismo?

Com quem você aprendeu a se cateterizar?

Aonde você realiza o seu cateterismo?

APÊNDICE C – Guia de entrevista

Guia de Entrevista

1. Gostaria de começar essa entrevista pedindo a você que me conte um pouco mais de si mesmo. Qualquer coisa que quiser me dizer para te conhecer melhor.
2. Você pode me contar um pouco sobre a sua experiência com a lesão relacionada ao trauma medular?
3. Você se lembra das dificuldades e desafios enfrentados durante as primeiras semanas e meses após a sua lesão?
4. Nas suas palavras, como você descreveria a sua qualidade de vida em geral?
5. Me diga como você realiza o esvaziamento da sua bexiga.
 - a) Pontos positivos
 - b) Pontos negativos
6. Quais são as complicações médicas que você tem experimentado com relação ao método?
7. Quais são seus medos e preocupações com relação à sua saúde urinária?
8. Se você pudesse mudar a maneira com a qual o seu método de esvaziamento se adapta à sua rotina, qual seria?
9. Ao longo dos anos, como você conseguiu entender a sua lesão e sua vida após isso? Quem é você hoje?
10. Com relação à sua vida diária, quais são os desafios que lhe causam bastante ou muito estresse nos dias de hoje?
11. Como a sua condição e seu método de esvaziamento afetou o seu trabalho?
12. Como a sua condição e seu método de esvaziamento afetou o seu relacionamento?
13. Como a sua condição e seu método de esvaziamento afetaram as suas viagens?
14. Existem outras coisas que gostaria de compartilhar, ou o que você acha que é realmente importante nós sabermos quando falarmos com mulheres como você?
15. Quais as principais diferenças, na sua visão, entre homens e mulheres que realizam CVIL?