



Artigo Original

INCONTINENCIA URINÁRIA AUTORREFERIDA EM IDOSOS E SEUS FATORES ASSOCIADOS*

SELF-REPORTED URINARY INCONTINENCE IN ELDERLY AND ITS ASSOCIATED FACTORS

INCONTINENCIA URINARIA AUTOR-REFERIDA EN ANCIANOS Y SUS FACTORES ASOCIADOS

Alisson Fernandes Bolina¹, Flavia Aparecida Dias², Nilce Maria de Freitas Santos³, Darlene Mara dos Santos Tavares⁴

Inquérito domiciliar, transversal e observacional que objetivou verificar os fatores sociodemográficos e as morbidades autorreferidas associadas à incontinência urinária. Pesquisa realizada entre agosto e dezembro de 2008 com 2.142 idosos. Utilizou-se instrumento semi-estruturado. Realizou-se análise descritiva e regressão logística ($p < 0,05$). A maioria era do sexo feminino e renda de até um salário mínimo. Prevaleram entre os incontinentes aqueles com 70 | 80 anos, viúvos e sem escolaridade; para o grupo sem incontinência urinária, 60 | 70 anos, casados ou moravam com companheiro e 4 | 8 anos estudo. Os fatores associados à maior chance de apresentar incontinência urinária foram: ter 80 anos e mais e 70 | 80 anos, ausência de escolaridade e a presença de obesidade. É importante atentar-se aos fatores associados à incontinência urinária no desenvolvimento de ações efetivas de saúde na sua prevenção.

Descritores: Idoso; Incontinência Urinária; Enfermagem Geriátrica.

Household survey, cross-sectional and observational study that aimed to verify the socio-demographic factors and self-reported morbidities associated with urinary incontinence (UI). The research was carried out between August and December 2008 with 2,142 elderly people. We used a semi-structured instrument, and performed a descriptive analysis and logistic regression ($p < 0.05$). Most were female and with income of up to one minimum wage. UI prevailed among those aged 70 | 80 years, widowed and uneducated; for the group without UI: 60 | 70 years, married or living with partner and 4 | 8 years of study. The factors associated with increased chances of presenting UI were: 70 | 80 years and 80 years and older, no education and obesity. It is important to pay attention to the factors associated with UI in the development of effective actions on health prevention.

Descriptors: Aged; Urinary Incontinence; Geriatric Nursing.

Encuesta de hogares, transversal y observacional con objetivo de verificar los factores sociodemográficos e las morbilidades asociadas con la incontinencia urinaria. Investigación realizada entre agosto y diciembre de 2008 con 2.142 ancianos Se utilizaron instrumento semiestructurado. Utilizó de la análisis descriptiva y regresión logística ($p < 0,05$). La mayoría eran mujeres y con renta de un salario mínimo. Entre los incontinentes prevalieron entre los 70 | 80 años, viudos y sin educación, para el grupo sin incontinencia urinaria, 60 | 70 años, casados o viven en pareja y 4 | 8 años de estudio. Los factores asociados con mayores probabilidades de presentar incontinencia urinaria fueron: 80 años en adelante y 70 | 80 años, la falta de educación y la obesidad. Es importante prestar atención a los factores asociados con la incontinencia urinaria en el desarrollo de acción eficaz en la prevención de la salud.

Descriptorios: Anciano; Incontinencia Urinaria; Enfermería Geriátrica.

* Pesquisa decorrente de projeto maior financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG

1 Enfermeiro. Mestrando em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). UFTM. Uberaba-MG. Brasil. E-mail: alissonbolina@yahoo.com.br

2 Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde pela UFTM. Docente do curso de Enfermagem da UFTM. Uberaba-MG. Brasil. E-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br.

3 Fisioterapeuta. Mestre em Atenção à Saúde pela UFTM. Uberaba-MG. Brasil. E-mail: nilcemfsantos@hotmail.com.

4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do curso de Enfermagem da UFTM. Uberaba-MG. Brasil. E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br.

Autor correspondente: Darlene Mara dos Santos Tavares

Endereço: Rua Jonas de Carvalho, 420. Bairro Olinda. CEP 38.055-440. Uberaba-MG. Brasil.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) pode ser definida como sendo a queixa de qualquer perda involuntária de urina⁽¹⁾, valorizando a queixa da pessoa. Diferentemente da definição original que considera somente as perdas urinárias objetivamente demonstráveis e que causam problemas de ordem social ou higiênico, isto é, que têm impacto negativo na qualidade de vida⁽²⁾.

Este problema é um achado relativamente comum, podendo acometer indivíduos de qualquer faixa etária, porém sua incidência aumenta com o decorrer da idade⁽³⁾.

Estima-se que 8 a 34% das pessoas acima de 65 anos apresentam algum grau de IU, sendo que este percentual aumenta em idosos institucionalizados e no sexo feminino⁽⁴⁾. Estudo multicêntrico realizado no município de São Paulo verificou prevalência de 11,8% entre os homens idosos e 26,2% para as mulheres idosas⁽⁵⁾. Inquérito realizado em Salvador – BA constatou que a IU está entre as morbidades clínicas mais frequentes nos idosos (30%) e associa-se ao sexo feminino⁽⁶⁾.

A perda da continência urinária pode afetar a qualidade de vida das pessoas idosas, causando constrangimento e induzindo ao isolamento social e depressão. Assim, torna-se de fundamental importância a sua abordagem na rotina de avaliação de toda pessoa idosa⁽³⁾.

No entanto, o problema tem sido negligenciado, principalmente, pela falta de conhecimento dos profissionais a respeito dos fatores associados à IU, tornando-se um dificultador para o seu diagnóstico precoce⁽⁷⁾. Ressalta-se que o não relato do problema, pelo idoso, ocorre devido a sentir vergonha e por

acreditar que constitui em uma alteração natural do processo do envelhecimento⁽³⁾.

Estimativas demonstram que apenas 50% das pessoas com IU procuram o serviço de saúde por causa deste motivo⁽⁴⁾. Inquérito domiciliar que objetivou verificar a presença de sintomas durante o último ano de vida de idosos falecidos em três distritos administrativos no estado de São Paulo – SP verificou que 77 % dos idosos com IU não procuraram tratamento⁽⁸⁾.

Dentre os principais fatores de riscos associados à IU destacam-se: idade, trauma do assoalho pélvico, fatores hereditários, raça, menopausa, uso de alguns simpaticomiméticos e parasimpaticolíticos, constipação intestinal, tabagismo, consumo de cafeína, exercícios intensos na região abdominal, e algumas morbidades como hipertensão arterial, obesidade, diabetes mellitus e doença de Parkinson^(3,7,9). Contudo, a maioria desses achados se refere ao sexo feminino, uma vez que os estudos sobre a temática se concentram nesta população.

Diferente dessas, investigação multicêntrica realizada com idosos, ambos os sexos, obteve como fatores associado à IU: depressão (OR=2,49), sexo feminino (OR=2,42), idade avançada (OR=2,35) e limitação funcional (OR=2,01). As variáveis, hipertensão arterial e diabetes mellitus, não se associaram a presença de IU⁽⁵⁾. Entretanto, esse inquérito não objetivou verificar a associação da IU com as morbidades obesidade e doença de Parkinson, o que será objeto de estudo da presente pesquisa.

Considerando a elevada prevalência da doença nessa população e a escassez de estudos dos fatores

associados à IU em idosos de ambos os sexos, faz-se necessária investigação como esta visando ampliar conhecimentos sobre a temática. Os conhecimentos produzidos poderão contribuir no direcionamento da atenção qualificada à saúde dos idosos na prevenção da IU.

Neste contexto, o presente estudo teve como objetivos: verificar os fatores sociodemográficos e as morbidades autorreferidas associadas à incontinência urinária.

MÉTODOS

O presente estudo faz parte de um estudo maior, de base populacional, tipo inquérito domiciliar e transversal realizado na zona urbana do município de Uberaba-MG denominado "Qualidade de vida de idosos residentes no município de Uberaba".

A amostra populacional foi obtida por meio de cálculo de amostragem estratificada proporcional, que considerou 95% de confiança, 80% de poder do teste, margem de erro de 4,0% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de $n=0,5$ para as proporções de interesse. Partiu-se de uma amostra populacional de 2.683 idosos.

Os critérios de inclusão do presente estudo foram: ter 60 anos ou mais de idade; ter obtido pontuação mínima de 13 pontos na avaliação cognitiva; morar na zona urbana no município de Uberaba e concordar em participar da pesquisa.

A IU foi autorreferida, desta forma, participaram do estudo 2.142 idosos, dos quais 243 relatam IU e 1899 não. Os dados foram coletados em domicílio no período agosto a dezembro de 2008.

A avaliação cognitiva foi baseada no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), versão reduzida validada pelos pesquisadores do Projeto SABE⁽¹⁰⁾. Nesta versão estabeleceu-se um ponto de corte de 12/13, obtendo-se uma sensibilidade de 93,8 e especificidade de 93,9. A deterioração cognitiva foi indicada por uma pontuação igual ou inferior a 12. As questões da avaliação cognitiva estavam subdivididas em orientação temporal e espacial, registro, atenção e cálculo, memória recente, realização de comando e cópia de desenho. A cada acerto considerava-se um ponto, tendo pontuação máxima de 19 pontos⁽¹⁰⁾.

Para a caracterização dos dados sociodemográficos e morbidades utilizou-se de instrumento estruturado baseado no questionário *Olders Americans Resources and Services* (OARS), elaborado pela Duke University (1978), e adaptado à realidade brasileira⁽¹¹⁾.

As variáveis estudadas foram: sexo (feminino, masculino), faixa etária (60-70, 70-80, 80 anos e mais), estado conjugal (casado ou mora com companheiro; separado/desquitado/divorciado, viúvo e solteiro), escolaridade, em anos de estudo (sem escolaridade; 1-4; 4-8; 8; 9-11 e 11 ou mais), renda individual, em salários mínimos (sem renda; <1; 1; 1-3; 3-5; >5); morbidades (hipertensão arterial, obesidade, diabetes mellitus, doença de Parkinson).

Foi construída uma planilha eletrônica no programa Excel®, e os dados coletados foram digitados, em dupla entrada e submetidos à verificação da consistência entre os campos. Os dados foram analisados no programa estatístico "Statiscal Package for the Social Sciences" (SPSS), versão 17.0.

Os dados foram submetidos à análise descritiva através de frequências absolutas e percentuais. Para verificar a associação foi realizada análise bivariada preliminar através do teste qui-quadrado para a comparação entre as variáveis categóricas. Nesta etapa, as variáveis foram recategorizadas de modo a tornarem-se dicotômicas: estado conjugal (sem ou com companheiro), escolaridade (sem ou com). A variável renda foi recategorizada em sem renda, até um salário mínimo e maior que um salário mínimo. O nível de significância (α) foi de 0,1 e os testes foram considerados significativos quando $p < \alpha$. Posteriormente, realizou-se análise multivariada através de regressão logística. Neste modelo multivariado foram inseridas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,1$ na análise bivariada. Foi considerada variável dependente a presença de IU e como independentes: o sexo, a faixa

etária, o estado conjugal, a escolaridade, a renda individual e as morbidades. Para o modelo multivariado o α foi de 0,05 permanecendo neste modelo quando $p < \alpha$.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo Nº 897. Os idosos foram contatados em seus domicílios, aos quais foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo conduziu-se a entrevista.

RESULTADOS

Na Tabela 1, a seguir, apresentam-se as características sociodemográficas e econômicas dos idosos com e sem IU.

Tabela 1 - Distribuição de frequência das características sociodemográficas dos idosos sem e com IU. Uberaba, MG, Brasil, 2008.

Variáveis		Com		Sem	
		N	%	N	%
Sexo	Masculino	74	30,5	730	38,4
	Feminino	169	69,5	1169	61,6
Faixa etária	60 70	82	33,7	912	48
	70 80	102	42	720	37,9
	80 ou mais	59	24,3	267	14,1
Estado conjugal	Casado/mora companheiro	98	40,3	948	49,9
	Separado/desquitado/divorciado	26	10,7	162	8,5
	Viúvo	108	44,4	688	36,2
	Solteiro	11	4,5	99	5,2
Escolaridade (em anos)	Sem escolaridade	74	30,5	352	18,5
	1 4	73	30	610	32,1
	4 8	73	30	632	33,3
	8	8	3,3	87	4,6
	9 11	3	1,2	44	2,3
	11 e mais	10	4,1	158	8,3
Renda individual*	Sem renda	28	11,5	196	10,3
	Até 1	146	60,1	1057	55,7
	>1	68	28	633	33,3

*Valor do salário mínimo: R\$ 415,00

A maioria dos idosos era do sexo feminino, em ambos os grupos, porém com maior percentual no grupo com IU (69,5%) do que no sem IU (61,6%).

Referente à faixa etária, o maior percentual de IU foi obtido entre os idosos com 70 |80 anos (42%) enquanto no grupo sem IU prevaleceram os que tinham 60 |70 anos (48%).

Em relação ao estado conjugal, a IU ocorreu mais entre os viúvos (44,4%) já no grupo sem IU, predominaram os casados ou que moravam com companheiro (49,9%).

Os idosos com IU, em sua maioria, não tinham escolaridade (30,5%) divergindo dos sem IU que 4 |8 (33,3%).

Em ambos os grupos, a maioria referiu renda individual mensal de até um salário mínimo, com percentual acima para os que têm IU (60,1%) em relação aos que não possuem (55,7%).

Realizou-se, primeiramente, análise bivariada para verificar os fatores associados à IU ($p < 0,1$). Após a análise permaneceram relacionados à IU: idade ($\chi^2=25,177$; $p < 0,001$), estado conjugal ($\chi^2=8,018$; $p=0,005$), escolaridade ($\chi^2=19,226$; $p < 0,001$) e; as morbidades, hipertensão arterial sistêmica ($\chi^2=9,509$; $p=0,002$), obesidade ($\chi^2=12,044$; $p=0,001$) e diabetes mellitus ($\chi^2=7,919$; $p=0,005$).

Na Tabela 2, a seguir, apresenta-se a distribuição dos idosos com e sem IU segundo as suas morbidades.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos com e sem IU segundo morbidades autorreferidas. Uberaba, MG, Brasil, agosto a dezembro de 2008.

Morbidades		Com IU		Sem IU		χ^2	P
		N	%	N	%		
Hipertensão arterial	Não	73	30	764	40,3	9,509	0,002
	Sim	170	70	1132	59,7		
Obesidade	Não	198	81,5	1692	89,1	12,044	0,001
	Sim	45	18,5	207	10,9		
Diabetes mellitus	Não	186	76,9	1590	84	7,919	0,005
	Sim	56	23,1	302	16		
Doença de Parkinson	Não	237	97,9	1876	98,8	1,417	0,234
	Sim	5	2,1	22	1,2		

Para verificar os fatores associados à IU entre os idosos foram inseridas no modelo de regressão logística as variáveis que obtiveram valor de $p < 0,10$ na análise bivariada.

Obteve-se que os idosos com 70-80 anos ($\beta = 1,559$) apresentaram, aproximadamente, 56% mais chance de ter IU e aqueles com 80 ou mais ($\beta = 2,441$), duas vezes mais chances do que os demais.

Tabela 3 - Modelo de regressão dos fatores associados à presença de IU entre os idosos. Uberaba, MG, Brasil, agosto a dezembro de 2008.

Variáveis	Modelo inicial ¹			Modelo final ²		
	β^*	IC (95%)	p	β^*	IC (95%)	p
Faixa etária						
70-80	1,485	1,08-2,04	0,014	1,559	1,14-2,13	0,005
80 ou mais	2,273	1,55-3,33	<0,001	2,441	1,68-3,55	<0,001
Sem companheiro	1,237	0,93-1,64	0,143	-	-	-
Sem escolaridade	1,778	1,31-2,42	<0,001	1,834	1,35-2,49	<0,001
Obesidade	1,766	1,21-2,59	0,004	2,037	1,41-2,95	<0,001
Diabetes mellitus	1,385	0,98-1,96	0,065	-	-	-
Hipertensão arterial	1,247	0,92-1,69	0,158	-	-	-

¹ $\chi^2 = 58,837$; $p < 0,001$ ² $\chi^2 = 50,232$; $p < 0,001$ * β exponencial

DISCUSSÃO

A maior prevalência de IU entre idosas também foi observada em investigação multicêntrica no município de São Paulo (68,9%)⁽⁵⁾ e em inquérito realizado em quatro instituições de longa permanência nos municípios de Blumenau-SC e Itajaí-SC (62,6%)⁽¹²⁾.

A ausência de escolaridade ($\beta = 1,834$) relacionou-se a 83% mais de chance de ter IU.

A presença de obesidade ($\beta = 2,037$) esteve relacionada a aproximadamente duas vezes mais chances de possuir IU.

A Tabela 3, a seguir, apresenta os fatores associados à IU em idosos.

Corroborando, outro estudo com idosos em Porto Alegre verificou que a prevalência de IU foi aproximadamente três vezes maior dentre as mulheres comparado aos homens⁽¹³⁾.

Esses achados podem estar relacionados, dentre outros, às diferenças entre o comprimento uretral, que se apresenta maior nos homens; a anatomia do assoalho pélvico; o efeito da gestação e nascimento sobre os mecanismos de continência; e alterações hormonais decorrentes do climatério⁽⁵⁾. Neste sentido, os profissionais dos serviços de saúde devem desenvolver intervenções visando reduzir a ocorrência de IU nas mulheres. Dentre essas, destaca-se a educação permanente com as idosas abordando a prevenção da IU ou a adoção de métodos paliativos para o controle dessa morbidade⁽¹⁴⁾.

No entanto, salienta-se que esta morbidade acomete cerca de 10 a 15% dos idosos do sexo masculino, sendo a principal causa o aumento da próstata que ocasiona mudanças do fluxo urinário³. Os homens incontinentes urinários apresentam dificuldades em considerar que a perda involuntária de urina pode ocorrer ao decorrer da vida, bem como, uma grande resistência em aceitar qualquer tipo de protetores diários⁽¹⁵⁾.

Dessa forma, é fundamental que os profissionais de saúde realizem um processo de intervenção educativa entre idosos de ambos os sexos, possibilitando uma melhor compreensão e conhecimento acerca da doença. Tal intervenção pode favorecer a sua aceitação e auxiliar na busca de um tratamento satisfatório.

Em relação à faixa etária, percentual diferente foi observado em inquérito no qual a maioria dos idosos apresentou de 65 a 74 anos, em ambos os grupos, com IU (52,6%) e sem IU (63,1%)⁽¹⁶⁾. Entretanto, corrobora com estudo dentre idosos em Salvador-BA em que a IU foi mais prevalente (30%) entre os mais velhos (maiores

75 anos)⁽⁶⁾; e outra investigação, a qual demonstrou que o aumento da idade constitui em fator de risco para maior prevalência de IU⁽⁵⁾.

O aumento da prevalência da IU suscita a necessidade de fazer a prevenção desta doença o mais precoce possível entre os idosos evitando, em idades mais avançadas, o comprometimento da qualidade de vida.

Dado divergente foi observado em inquérito nos EUA referente ao estado conjugal em que a maioria dos idosos era casada, tanto os que possuíam IU (54,4%) e os que não tinham esta doença (60,8%)⁽¹⁶⁾.

A prevalência da viuvez entre os idosos com IU na presente investigação denota a necessidade de identificar um cuidador familiar visando promover a coresponsabilidade no cuidado ao idoso. Além do apoio familiar, é fundamental buscar o desenvolvimento de uma rede de suporte social, como por exemplo, encontros de grupo, atividades de lazer ou até mesmo ocupacionais para apoio e incentivo de idosos com esse problema⁽¹⁷⁾.

A menor escolaridade também foi obtida entre idosos com IU em inquérito multicêntrico realizado no município de São Paulo⁽⁵⁾. O menor acesso à informação pode reforçar o entendimento que a IU é consequência natural do envelhecimento⁽³⁾.

Sendo assim, na socialização das informações sobre a temática, os profissionais da saúde devem estar atentos para utilizar uma linguagem clara que facilite a compreensão, além de possibilitar a troca de experiências. Essas atividades devem resultar em uma comunicação eficaz e gerar empoderamento desses indivíduos na tomada de decisão dos melhores caminhos

a serem seguidos perante aos desafios impostos pela doença.

A baixa renda pode ser um fator dificultador para o manejo da IU, devido à possível necessidade, dentre outras, de medidas farmacológicas ou até mesmo uma adaptação ambiental para facilitar o acesso ao banheiro⁽³⁾.

Muitas ações podem ser desenvolvidas pela equipe de saúde da Atenção Primária com intuito de melhorar o cuidado do idoso com IU. Para tanto, é mister que a Equipe Saúde da Família conheça o perfil sociodemográfico e econômico dos idosos com IU a fim de nortear a implementação de ações de saúde. Tais cuidados podem contribuir para um melhor controle da IU como: terapia comportamental que inclui o treinamento de hábito miccional e exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico; educação em saúde para evitar ingestão de bebidas alcoólicas e cafeína; tratamento do quadro de obstipação intestinal crônica, além de evitar a ingestão de grandes quantidades de líquidos em situações em que não houver banheiro de fácil acesso⁽³⁾.

Concernente à maior chance de desenvolver IU entre idosos com 70 |80 anos e aqueles com 80 ou mais em relação aos demais, estudo conduzido no município de São Paulo verificou maior ocorrência de IU entre as pessoas com idades mais avançadas⁽⁵⁾, condizente com esta investigação. Entretanto, inquérito com idosos institucionalizados de Blumenau e Itajaí não encontrou relação entre IU e faixa etária⁽¹³⁾.

A associação entre envelhecimento e os sintomas da IU podem ser parcialmente explicados por alterações ultra-estruturais no músculo detrusor tais como: desenvolvimento de fibrose e hipersensibilidade a

norepinefrina o que ocasiona contrações involuntárias deste músculo⁽¹⁸⁾.

Embora o aumentar da idade predispõe o surgimento da IU, não se deve relacionar essa morbidade a uma alteração fisiológica do processo de envelhecimento. Ademais, ressalta-se que as diferenças na expectativa de vida no Brasil é cerca de 8,4 anos superior no sexo feminino comparado aos homens⁽¹⁹⁾. Este dado demográfico juntamente com o resultado destacado acima, reforça a elucidação da maior prevalência de IU nas idosas e; evidencia a necessidade da equipe de saúde realizar intervenções, principalmente, nesse grupo de indivíduos.

Dentre as intervenções, destaca-se a importância de se contemplar a interlocução entre os idosos e seus familiares, e destes com a equipe⁽¹⁷⁾; pois é sabido que quando se tem uma morbidade, como a IU, ocorre danos não apenas fisiológicos como também psicológico e social, levando a família a exercer um importante papel de apoio⁽¹⁷⁾. Tal suporte familiar pode contribuir na redução do impacto dessa morbidade na qualidade de vida.

Os resultados obtidos referentes à associação entre escolaridade e IU são corroborantes a investigação do projeto SABE, na qual se verificou maior prevalência de IU entre idosos com menor escolaridade⁽⁵⁾, resultado corroborante com o presente estudo.

Entende-se que a escolaridade pode ser considerada um instrumento fundamental à determinação de uma velhice bem sucedida. Neste sentido a equipe de saúde deve promover ações efetivas de educação em saúde, utilizando tecnologias acessíveis e lúdicas para facilitar o entendimento por parte dos

idosos, no intuito de orientar e preparar os mesmos para o enfrentamento da IU.

Consoante à obesidade como fator relacionado à IU, estudo constatou que idosos obesos tinham 1,63 mais chances de apresentarem essa morbidade⁽⁵⁾. A obesidade é considerada um fator de risco para a IU, provavelmente, pelo aumento intra-abdominal e a pressão da bexiga que ocorre com o ganho de peso. Este aumento de pressão pode gerar dificuldade no mecanismo de continência uretral através da diminuição do gradiente de pressão entre a uretra e a bexiga, precipitando ou exacerbando a IU. Porém, este tipo de IU muitas vezes pode ser classificado como de esforço e não oriundo de causas específicas do envelhecimento⁽²⁰⁾.

Contudo, no presente estudo não foi investigado o tipo de IU que os idosos apresentaram, neste sentido deve-se ter cautela quanto à associação da presença de obesidade como fator de risco para IU entre os idosos estudados.

Dentre os idosos que apresentam obesidade e IU, os profissionais de saúde podem promover ações objetivando a sensibilização para perda de peso. A redução de 5 a 10% do peso corporal tem eficácia semelhante a outros tratamentos não-cirúrgicos e pode ser considerada a primeira medida de tratamento para a IU⁽⁵⁾.

CONCLUSÕES

A IU foi predominante entre os idosos do sexo feminino, com 70 |80 anos, viúvos, sem escolaridade, renda individual mensal de até um salário mínimo. São fatores associados à maior chance de desenvolverem a IU: idosos com 70 |80 anos e 80 anos e mais, sem escolaridade e com obesidade.

Os profissionais de saúde devem promover espaços de reflexão direcionados aos idosos, considerando a escolaridade desses indivíduos. Esta atividade pode contribuir no entendimento dessa enfermidade e favorecer a busca por tratamento precoce.

Além disso, salienta-se a necessidade do controle do excesso de peso para evitar a IU dentre os idosos. A adoção de hábitos de vida saudáveis, como a prática de atividade física e a alimentação equilibrada, pode auxiliar na prevenção da obesidade.

Este estudo teve como limitação a identificação da morbidade de forma autorreferida, podendo subestimar os resultados, principalmente, pelo fato que muitos indivíduos podem sentir-se constrangidos em relatar a IU. Também destaca-se o delineamento transversal da presente investigação, inviabilizando a relação de causa/efeito das variáveis.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. *Urology*. 2003; 61(1):37-49.
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
3. Busato Jr WFS, Mendes FM. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: Relação com mobilidade e função cognitiva. *Arq Catarin Med*. 2007; 36(4):49-55.

4. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3):691-700.
5. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swit SE, Berghmans B, Lee J et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010;21(1):5-26.
6. Higa R, Lopes MHBM. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(4):422-8.
7. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):187-92.
8. Honório MO, Santos SMA. A rede de apoio ao paciente incontinente: a busca por suporte e tratamentos. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(3):383-8.
9. Aristizábal Agudelo JM. Incontinencia urinaria masculina (Parte I). *Rev Urología Colomb*. 2007; 16(1):149-58.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
11. Ko Y, Lin SJ, Salmon JW, Bron MS, Pharm DMS. The impact of Urinary Incontinence on Quality of life of the elderly. *Am J Manag Care*. 2005; 11(Suppl 4):103-11.
12. Lebrão ML, Duarte YAO. O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2003.
13. Lasserre A, Pelat C, Guérout V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T et al. Urinary incontinence in French women: Prevalence, risk factors, and impact on quality of life. *Europenurology*. 2009; 56(1):177-83.
14. Loureiro LSN, Medeiros ACT, Fernandes MGM, Nobrega MML. Incontinência urinária em mulheres idosas: determinantes, consequências e diagnósticos de enfermagem. *Rev Rene*. 2011; 12(2):417-23.
15. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS; 2006.
16. Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. *Lancet*. 2006; 367(9504):57-67.
17. Siroky MB. The aging bladder. *Rev Urology*. 2004; 6(suppl 1):S3-S7.
18. Solano JPC, Scazufca M, Menezes PR. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(1):75-85.
19. Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(8):1756-62.
20. Viegas K, Welfer M, Lucho GD, Souza CC, Santos BRL, Melo DAS, et al. Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. *Rev Ciênc Saúde*. 2009; 2(2):50-7.

Recebido: 17/10/2012

Aceito: 07/12/2012