



TERAPIA COMPORTAMENTAL PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DA MULHER IDOSA

BEHAVIORAL THERAPY FOR THE URINARY INCONTINENCE OF ELDERLY WOMAN

LA TERAPIA COMPORTAMENTAL PARA LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER ANCIANA

Claudia Feio da Maia Lima¹, Célia Pereira Caldas², Liana Amorim Correa Trotte³, Antônio Milton Oliveira Ferreira⁴, Bárbara Martins Corrêa da Silva⁵

RESUMO

Objetivo: avaliar a efetividade da terapia comportamental aplicada pelo enfermeiro para o controle miccional e melhora da qualidade de vida da mulher idosa. **Método:** estudo exploratório, com abordagem quantitativa, realizado entre abril de 2011 e junho de 2012. Foram 13 idosas com queixa de perda involuntária de urina, sem déficit cognitivo e infecção urinária, avaliadas por instrumentos, antes e depois de uma intervenção. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em pesquisa, registro nº 3021/2011, CAAE-016502280001. **Resultados:** após a terapia comportamental, 11 pacientes (92,30%) estabeleceram um ritmo miccional, 9 idosas (75%) apresentaram ausência de perda urinária e, com isso, reduziram gastos com fraldas e absorventes higiênicos. **Conclusão:** terapia comportamental aplicada por enfermeiro foi efetiva para este grupo, em relação ao re-establishment do controle miccional e promoção da qualidade de vida. **Descritores:** Enfermagem Geriátrica; Incontinência Urinária; Terapia Comportamental.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the effectiveness of behavioral therapy applied by a nurse for micturition control and improvement in the quality of life of an elderly woman. **Method:** this was an exploratory study with a quantitative approach carried out between April of 2011 and June of 2012. Thirteen elderly women complaining of involuntary loss of urine without a cognitive deficit and urinary tract infection were assessed by instruments before and after the intervention. The research was approved by the Research Ethics Committee, registration No. 3021/2011, CAAE-016502280001. **Results:** after the behavioral therapy, 11 patients (92.30%) had the micturition rhythm established, 09 elderly (75%) presented absence of urinary loss, and thus, reduced the use of diapers and sanitary pads. **Conclusion:** the behavioral therapy administered by a nurse was effective for this group towards the re-establishment of micturition control and promotion of the quality of life. **Descriptors:** Geriatric Nursing; Urinary Incontinence; Behavioral Therapy.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la eficacia de la terapia comportamental aplicado por las enfermeras para el control de la vejiga y la mejora de la calidad de vida de la mujer anciana. **Método:** un estudio exploratorio con abordaje cuantitativo, realizado entre abril de 2011 y junio de 2012. Había 13 ancianos quejándose de pérdida involuntaria de orina sin deterioro cognitivo y infección del tracto urinario, evaluado por los instrumentos antes y después de una intervención. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, número de registro 3021/2011, CAAE-016502280001. **Resultados:** después de la terapia comportamental, 11 pacientes (92,30%) han establecido un ritmo urinario, 09 (75%) presentaron ausencia de pérdida de orina y la reducción del gasto en pañales y toallas sanitarias. **Conclusión:** la terapia comportamental aplicada por la enfermera fue eficaz en este grupo, para el re-establishment de control de la orina y la promoción de la calidad de vida. **Descriptores:** Enfermería Geriátrica; Incontinencia Urinaria; Terapia Conductual.

¹Enfermeira, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - HUCFF, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Doutoranda em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: barbaramartins.enf@gmail.com; ²Enfermeira, Professor Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil. Doutoranda em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Bolsista Faperj. E-mail: claudiafeiolima@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Doutora em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: lianacorrea@ymail.com; ⁴Enfermeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Especialista em Geriatria e Gerontologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: milton.enf@gmail.com; ⁵Enfermeira, Ph.D, Professor Associado, Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Vice-Diretora da unATI-UERJ. E-mail: celpcaldas@gmail.com

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é considerada um problema de saúde pública mundial e epidemiologicamente relevante.¹ É uma patologia caracterizada pela perda involuntária de urina e pode ser classificada em três tipos principais: a incontinência urinária de esforço (IUE), quando ocorre perda involuntária de urina durante o esforço ou exercício; incontinência de urgência (IUU), caracterizada pela queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência; e a incontinência urinária mista (IUM), quando há queixa de perda involuntária de urina associada à urgência e também aos esforços.²

Os fatores de risco para IU aumentam com o avançar da idade, principalmente nas mulheres após os 70 anos,³ por isso é importante que todo profissional de saúde ao assistir uma mulher idosa, independente da sua especialidade, faça a seguinte pergunta: “você tem perda involuntária de urina?”. Isto porque, em geral, as pacientes não tocam nesse assunto se não forem questionadas, muitas vezes por vergonha ou por achar ser este um problema comum da idade.

Estudos mostram que dependendo das condições de saúde, tipo e estágio da IU, o tratamento pode ser cirúrgico, medicamentoso, fisioterápico ou comportamental, o que proporciona às mulheres idosas cura, redução dos sintomas, ou aprendizado para lidar melhor com o problema.⁴ No Brasil, a abordagem do tratamento é, tradicionalmente, cirúrgica. Entretanto, este procedimento envolve custo elevado e pode ocasionar complicações. Por esta razão, hoje em dia, tem surgido o interesse por opções de tratamentos menos invasivos para a IU, a exemplo da terapia comportamental. A Terapia Comportamental (TC) é um método de baixo risco e custo reduzido, pois estimula modificações comportamentais.³

Dessa forma, a abordagem da IU representa um desafio para os profissionais da saúde, na busca de alternativas para o tratamento,⁵ pautados em uma atenção humanizada e individualizada à mulher, principalmente estimulando o cuidado a si. Autocuidado é o conceito mais abrangente, referindo-se às competências da pessoa e desempenho das atividades de promoção e manutenção da saúde.⁶ Sendo assim, o ensino do autocuidado foi utilizado como estratégia para minimizar as limitações estabelecidas pela IU e otimizar as potencialidades no cuidado a si e na prevenção de problemas urológicos.

Para compreendermos como tem sido a abordagem da IU no Brasil e no mundo foi realizada uma revisão integrativa no banco de dados de publicações médicas da *National Library of Medicine* dos Estados Unidos da América (PubMed) e nas seguintes bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da Rede Bireme: Base e Dados em Enfermagem (BDENF), *Cochrane* BVS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), no período entre março e outubro de 2012, época em que foi desenvolvido o estudo, com os seguintes descritores: terapia comportamental; enfermagem; incontinência urinária e mulher idosa.

Encontraram-se 25.627 trabalhos relacionados ao descritor: incontinência urinária. Destes artigos, 5.683 (22,1%) são estudos relacionados à abordagem clínica e 3.095 (12%) são de estudos relacionados à incidência, prevalência e avaliação de tecnologia de saúde. Em relação às intervenções comportamentais (behavioral therapy) na IU, foram encontrados 990 (3,8%), predominantemente, encontrados na literatura internacional. Isso mostra que são poucos os estudos relacionados às intervenções comportamentais e de baixo custo, tanto para a paciente, quanto para os serviços de saúde.

Ao realizar uma nova pesquisa em base de dados em julho de 2014 nas mesmas bases de dados foram encontrados 29.825 artigos, sendo 14.285 (47,89%) sobre a abordagem clínica, 8.297(27,81%) estudos sobre incidência, prevalência e avaliação de tecnologia de saúde e 1.003(3,36%) artigos sobre TC e outros 6.240 trabalhos (20,91%) sobre demais assuntos relacionadas à IU, ou seja, aumentaram os estudos sobre a temática IU, mas ainda são poucas pesquisas sobre a TC.

Sendo assim, o presente estudo tem a seguinte questão de pesquisa: a TC é efetiva na abordagem terapêutica da IU e melhora da qualidade de vida da mulher idosa?

Este artigo, portanto, teve como objetivo avaliar a efetividade da TC aplicada pelo enfermeiro para tratamento da IU e melhora da qualidade de vida da mulher idosa.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo para avaliação do mesmo grupo de pacientes antes e depois de uma intervenção, sendo chamado de estudo do tipo antes e depois.⁷ Os dados foram coletados pelo autor principal deste estudo treinado para implementar a terapia

comportamental no ambulatório de urogeriatria de um Hospital Universitário na Cidade do Rio de Janeiro, entre abril de 2011 a junho de 2012. O treinamento ocorreu durante reuniões de equipe e palestras de educação permanente, organizado pelos profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI).

No estudo foram incluídas idosas ≥ 60 anos, matriculadas neste ambulatório e com queixa clínica de perda involuntária de urina. Foram excluídas as idosas que apresentavam transtorno cognitivo identificado pelo Mini Exame do Estado Mental, com resultado < 23 pontos; idosas com episódios de perda urinária devido à infecção e melhora após tratamento com antibiótico.

De início foram atendidas 20 idosas, mas os dados utilizados no estudo foram de 13 apenas, pois houve perdas ao longo do processo de coleta de dados: 03 pacientes terminaram a TC, mas não entregaram o segundo diário miccional e 04 pacientes concluíram a TC só após o período da coleta de dados. Sendo assim, a população do estudo foram todas as idosas do ambulatório que preenchiam o critério de inclusão, por se tratar de um quantitativo < 30 pacientes. Logo, não houve necessidade de calcular a amostra, já que se utilizou a população total.

Os dados foram coletados, a partir dos instrumentos de avaliação do ambulatório de urogeriatria, aplicados antes e depois da TC: diário miccional; avaliação de enfermagem na TC e questionário sobre qualidade de vida em mulheres com IU - *King's Health Questionnaire (KHQ)*.

O diário miccional foi escolhido como instrumento, pois permite uma avaliação objetiva dos parâmetros miccionais. O diário miccional contém os seguintes elementos: quantidade de líquido ingerido e eliminado; episódios de perda involuntária de urina; a frequência em que eles ocorrem e em quais circunstâncias houve a perda. O volume de líquido ingerido e eliminado é mensurado por meio de um copo graduado com os valores em mililitros. Nos casos de episódios de perda urinária, anota-se ao lado se esta perda está associada ao esforço ou a situação de urgência. Estas anotações foram realizadas diariamente ao longo de três dias por cada idosa em seu domicílio. O diário miccional e os copos graduados eram fornecidos pelo ambulatório de urogeriatria. As anotações sempre eram complementadas pelo horário em que elas ocorreram, justamente para nortear as orientações sobre hábitos de vida realizada pelo enfermeiro.

Através da avaliação de enfermagem foram obtidos dados sobre hábitos de vida das idosas, ingestão hídrica, ritmo miccional, função intestinal, controle do peso, alimentação, vida sexual e adesão aos exercícios perineais.

As orientações sobre hábitos de vida envolvem o estabelecimento de um ritmo miccional; evitar ingestão excessiva de líquidos à noite; evitar ingerir bebidas (café, álcool e chás); diminuição de peso, se necessário; regularização do hábito intestinal (orientação sobre atividade física, ingestão hídrica e alimentação rica em fibras).

A orientação sobre o estabelecimento de um ritmo miccional consiste em ir ao banheiro inicialmente de hora em hora, seguido de aumento progressivo deste intervalo, ou seja, as idosas devem ser instruídas a urinar a cada 2h, ou de 3/3h (apenas durante a vigília) e suprimir a urgência de urinar nos intervalos. Se a continência durante estes períodos for restabelecida será aumentado progressivamente os intervalos entre as micções.⁸ O objetivo da reeducação vesical é aumentar a capacidade funcional da bexiga, considerando que o treinamento melhora a inibição cortical sobre o funcionamento do trato urinário inferior.⁸

Evitar ingestão excessiva de líquidos à noite previne as idas frequentes ao banheiro durante a madrugada, o que alteram o sono e aumentam o risco de queda. Evitar ingerir bebidas como café, álcool e chás se justifica pelo fato de que o café torna mais frequente a contração vesical, o álcool tem um efeito diurético que aumenta as idas ao banheiro e a cafeína tem uma ação diurética aumentando o volume urinário. A ingestão da cafeína em alta concentração pode causar instabilidade do músculo detrusor e, conseqüentemente, perda involuntária de urina. A cafeína pode determinar hiperatividade vesical, devido ao fato de ter efeito excitante sobre a musculatura lisa do detrusor. Na cistometria ocorre aumento de urgência e frequência da micção após a ingestão da cafeína.⁹

É importante que a idosa reduza a quantidade de cafeína e outras substâncias irritantes da bexiga e aumente a ingestão de água, para que a urina produzida seja menos concentrada e não irritativa à parede vesical.^{8,11}

A diminuição do peso, se necessário, é sugerida à idosa, como também a regularização do hábito intestinal para melhorar os sintomas de IU, pois o aumento da ingestão hídrica e de fibras previne a constipação intestinal, que é um dos fatores responsáveis pelo agravamento do quadro.⁸

Por fim, os exercícios perineais usados para treinamento da musculatura foram os exercícios de Kegel, que consiste em contrair e relaxar a uretra com a ajuda da contração dos músculos levantadores do ânus, mantendo a contração por cinco segundos com intervalos de descanso de dez segundos.

Um fator importante para continência urinária é a rede de sustentação formada pelas fibras do músculo levantador do ânus ligadas à fásia endopélvica que circundam vagina e porção distal da uretra. Durante a contração muscular, as fibras irão tracionar a fásia endopélvica em direção ao púbis e comprimi-las contra a parede vaginal, mantendo a luz uretral ocluída.¹¹

O fortalecimento da musculatura pélvica está fundamentado no preceito de que movimentos voluntários repetidos proporcionam aumento da força muscular. Desta forma, os exercícios perineais são benéficos, por acarretar o fortalecimento dos elementos de sustentação e por melhorar a resistência uretral. No entanto, para que os exercícios perineais sejam realizados de forma eficiente é necessário que a idosa compreenda a anatomia e a fisiologia do trato urinário, sendo esta compreensão o fundamento da TC.¹²

O questionário KHQ foi incluído no estudo, pois é um instrumento de coleta específico para verificar o impacto na qualidade de vida do indivíduo com IU e, por isso, é empregado em outros trabalhos com essa temática. Logo, a utilização do KHQ permite a comparação dos resultados entre os estudos e, assim, contribui para conclusões mais consistentes.⁹ Ele permite a mensuração global e avalia o impacto dos sintomas nos vários aspectos da qualidade de vida do indivíduo. O KHQ foi construído e validado no idioma inglês por Kelleher (1997); foi validado até o ano 2000 para sete idiomas, além de estar em processo de validação para outros idiomas.¹⁰

O KHQ foi adequadamente traduzido e adaptado para a língua portuguesa do Brasil e apresenta alta confiabilidade e validade, devendo ser incluído e utilizado em qualquer estudo brasileiro de IU e, quando possível, na prática clínica.

O KHQ é composto de 21 questões, divididas em oito domínios: percepção geral de saúde (um item), impacto da IU (um item), limitações de atividades diárias (dois itens), limitações físicas (três itens), sono/disposição (dois itens).

Além destes domínios, existem duas outras escalas independentes: uma avalia a gravidade da IU (medidas de gravidade) e a outra presença e intensidade dos sintomas

urinários (escala de sintomas urinários). Estas escalas são graduadas em quatro opções de respostas ("nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito" ou "nunca, às vezes, frequentemente, o tempo todo"), exceção feita ao domínio: percepção geral de saúde com cinco opções de respostas ("muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim") e ao domínio: relações pessoais ("não aplicável, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito").

Na questão percepção geral em saúde a idosa era questionada da seguinte forma: "Como você considera a sua saúde no momento?". O KHQ é pontuado por cada um de seus domínios não havendo, portanto, escore geral. Os escores variam de 0 a 100, e quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada àquele domínio.

As consultas de enfermagem foram distribuídas em três momentos: 1º Momento - Antes da TC - na 1ª consulta foi realizada a entrega do material para a realização do diário miccional, avaliação sobre os hábitos de vida e preenchimento do KKHQ. 2º Momento - Intervenção - após uma semana da 1ª consulta ocorreu a 2ª consulta, para avaliação do diário miccional, fornecimento de orientações sobre hábitos de vida e exercícios perineais. No mês seguinte, aconteceu a 3ª consulta, com a entrega do material para realização de outro diário miccional e avaliação da idosa à terapia. 3º Momento - Após a TC - depois de 02 semanas da 3ª consulta, aconteceu a 4ª consulta, para avaliação e comparação entre os diários miccionais, cada idosa foi acompanhada durante três meses.

Em relação à análise de dados, a efetividade da TC para controle miccional e melhora da qualidade de vida foi avaliada, a partir da comparação dos dados do diário miccional, do KHQ e da avaliação de enfermagem antes e depois da TC. A avaliação dos dados se deu por meio da mensuração nominal, estatística descritiva e análise de variância, descrita nas seguintes etapas:

1ª etapa: mensuração nominal - as respostas das idosas foram transformadas em números para tornar os dados qualitativos em quantitativos como, por exemplo, as respostas: bom, regular e ruim, oferecidas pelas idosas, quando questionadas sobre a sua percepção de saúde em relação à incontinência urinária foram codificados em números.

2ª etapa: estatística descritiva - para melhor compreensão dos dados foi realizada uma sistematização das informações, de modo a permitir a correlação das variáveis apresentadas nos instrumentos de coleta de dados. Cada variável foi descrita através da

demonstração da frequência relativa dos dados (percentual), por exemplo: quantas vezes surgiram à resposta regular quando a idosa foi questionada sobre a sua percepção de saúde em relação à IU.

3ª etapa: análise de variância (ANOVA) - a análise de variância utilizada foi ANOVA de medidas repetidas. Este tipo de análise é indicado quando as médias comparadas são médias em diferentes pontos do tempo, ou seja, quando existem dois momentos de coleta de dados no mesmo grupo.¹³ Este tipo de análise proporciona informações sobre o efeito principal na ocasião, ou seja, se as medidas diferem significativamente com o tempo.¹³ Ela permite uma avaliação das variáveis antes e depois da TC, por exemplo: se no primeiro KHQ a idosa respondeu que a sua situação de saúde era regular, através da ANOVA de medidas repetidas, foi avaliado se esta resposta modificou ou não depois da TC.

A pesquisa teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do mesmo Hospital Universitário, onde foi realizada a pesquisa, sob o registro nº 3021/2011 - CAAE 0165022800011.

RESULTADOS

A seguir serão apresentadas características sociodemográficas, dados referentes à vida sexual e sobre a relação com o próprio corpo,

Tabela 1. Distribuição da classificação do tipo de incontinência urinária baseada na queixa clínica das idosas, Rio de Janeiro, 2012.

Queixa clínica	n	N (%)
Incontinência Urinária de urgência	3	23,07
Incontinência Urinária de Esforço	2	15,38
Incontinência Urinária Mista	8	61,53

Os sintomas relacionados à IU antes e depois da TC estão representados na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos sintomas relacionados à incontinência urinária, Rio de Janeiro, 2012.

Queixa clínica	Antes n (%)	Depois N (%)
Perda urinária involuntária	100	75
Necessidade de usar protetor higiênico	46,15	23,07
Perda involuntária de urina durante o exercício de Kegel	7,69	-
Insônia devido à incontinência urinária	75	53,84

Os resultados sobre mudanças nos hábitos de vida estão representados na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das mudanças nos hábitos de vida, Rio de Janeiro, 2012.

Hábitos de vida	Antes n (%)	Depois n (%)
Ingesta hídrica pela manhã	30,76	100
Ir ao banheiro de 3/3 horas	61,53	92,30
Acima do peso adequado para altura	53,84	50
Constipação intestinal	50	46,15

parâmetros miccionais e respostas do KHQ, que estão relacionados à efetividade da TC sobre o controle miccional, qualidade de vida e, por conseguinte, redução de gastos.

No grupo pesquisado predominaram viúvas, que somaram seis idosas (46,15%). Havia três casadas (23,07%), três solteiras (23,07%) e uma divorciada (7,69%). Quanto à idade, três idosas (23,07%) estavam na faixa etária de 65-69 anos, quatro (30,77%) entre 70-74 anos, três (23,07%) entre 75-79 anos e três com ≥ 80 anos.

Quanto à satisfação com a vida sexual, seis idosas (46,15%) relataram satisfação e quatro (30,7%) relataram insatisfação. No entanto, quando questionadas sobre atividade sexual, 12 mulheres (92,30%) relataram não ter atividade sexual e nem desejo. Sete idosas (53,84%) responderam que não estavam satisfeitas com o próprio corpo.

Os dados sobre a distribuição do tipo de IU relacionado à queixa clínica estão representados na tabela 1.

Em relação à necessidade urgente de urinar, quando comparado os períodos pré e pós-terapia, observou-se no período pré-terapia, entre o 1º e 3º dias, uma média de quatro episódios. No período pós-terapia, entre o 1º e 2º dias, uma média de dois episódios e no 3º dia de um episódio.

Sobre os episódios de perda urinária involuntária no período pré-terapia houve uma média de dois episódios no 1º dia e três episódios no 2º e 3º dia. Já no período pós-terapia houve uma média de um episódio no 1º e segundo dia e ausência de episódios no 3º dia.

Ao final da TC, 09 (75%) idosas não apresentaram perda urinária. Por conseguinte, houve uma redução de gastos com insumos em saúde, pela diminuição das despesas com absorventes e fraldas, por não precisarem ser encaminhadas à correção cirúrgica e pela redução dos custos com medicação e manutenção do tratamento.

Quanto à contração eficiente dos músculos perineais, no período pré-terapia, três idosas (23,07%) não apresentaram contração eficiente. Todavia, quando comparadas com o período pós-terapia, 12 idosas (92,30%) apresentaram contração eficiente.

Observou-se que para o domínio percepção geral de saúde, antes da terapia, quatro idosas (38,46%) responderam boa, seis responderam regular (46,15%) e três responderam muito ruim (23,07%). Após a terapia, três (23,07%) responderam muito boa, cinco (38,46%) responderam boa e cinco (38,46%) responderam regular.

Em relação ao impacto da IU antes da terapia, quatro idosas (30,77%) responderam que afeta muito. Após terem sido submetidas à terapia este número reduziu para uma idosa (7,69%). Para o contexto de vida social, três (23,07%) responderam que a IU afeta muito, porém, a percepção foi modificada após a TC, pelo declínio das respostas para três idosas 23,07%.

Sobre as limitações da IU na vida familiar pré-terapia, obtivemos as seguintes respostas: três idosas (23,07%) referiram que a IU afeta um pouco, uma (7,69%) que afeta moderadamente, uma (7,69%) que afeta muito, sete (53,84%) que não afeta e três idosas (23,07%) não se aplica, pois não convivem com familiares, ou estes não sabem da IU. Já após a terapia, uma idosa (7,69%) respondeu que afeta um pouco, seis (46,15%) que não afeta e outras seis (46,15%) não se aplica.

Sobre o domínio emoções antes da TC, duas idosas (15,38%) responderam que a IU gera

ansiedade e nervosismo. Já pós-terapia apenas uma idosa (7,69%) referiu nervosismo.

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que as idosas que participaram da TC obtiveram melhora do controle urinário e, conseqüentemente, da qualidade de vida, o que denota a contemplação do objetivo do estudo.

Durante o acompanhamento foi observado que as idosas que eram acompanhadas por seus familiares nas consultas tinham mais aderência à TC, pois os acompanhantes reforçavam as orientações do enfermeiro, ajudavam a realizar as anotações no diário miccional e as próprias idosas eram mais empenhadas em seguir o protocolo, pois se sentiam apoiadas pelo seu parceiro, familiar ou cuidador.

Tais resultados do estudo encontraram consonância com os fundamentos da Teoria do Autocuidado, pois os papéis do enfermeiro e do paciente são complementares, isto é, ambos trabalham em conjunto para alcançar a meta do autocuidado.⁶

A TC é um trabalho integrado com o paciente, no qual o enfermeiro orienta ações e o paciente as pratica. O sistema é retroalimentado, à medida que o paciente adere às práticas de autocuidado e o enfermeiro reforça as orientações, a fim de atingir o objetivo maior, a sensação de bem-estar.

A TC se adequa ao sistema de educação e suporte, previsto como uma das ações de enfermagem. Ao verificar os resultados desta pesquisa, pode-se observar a importância da educação em saúde para que as idosas, através do cuidado de si e com a ajuda do enfermeiro alterassem o quadro da IU, modificando ainda outros aspectos de vida.

Quando sete idosas (53,84%) referiram insatisfação com o próprio corpo, percebeu-se que a baixa autoestima é uma consequência comum gerada pela IU. Conhecendo as realidades individuais e sociais, a enfermagem pode vir a buscar melhor entendimento dos processos de saúde e doença, e melhor embasamento para a prática do cuidado à mulher nas diversas fases da vida.⁵

Em relação ao parâmetro perda urinária involuntária, nove idosas (75%) não apresentaram perda urinária ao final da TC. Resultados semelhantes a este já tinham sido descritos em outro estudo, no qual 50% das idosas apresentaram ausência de perda de urina após a TC,³ confirmando a relevância deste tipo de abordagem terapêutica.

Estes resultados têm relação com o impacto da TC nos gastos que as idosas apresentam quando sofrem de IU, uma vez que sem perda urinária, elas deixaram de comprar absorventes e fraldas geriátricas. As calcinhas para IU estão no valor aproximado de R\$ 80,00 (oitenta reais) cada. Os absorventes geriátricos custam, em média, R\$ 40,00 (quarenta reais) um pacote com 30 unidades. Logo, se uma idosa incontinente usa em torno de 05 absorventes por dia, em um mês ela usaria 150 absorventes, com um gasto mensal de R\$ 120,00 (cento e vinte reais).

Além disso, mesmo aquelas que não conseguiram zerar os episódios de perda urinária, mas diminuíram os sintomas de urgência ao urinar economizaram, pois não foi preciso o uso de medicação, a exemplo o cloridrato de oxibutinina 5mg, que custa em média R\$ 20,00 (vinte reais) a caixa com 30 comprimidos.

As idosas se referiram à IU como comprometedora da qualidade de vida, corroborando com recente publicação, na qual 87% das mulheres com IU referiram algum grau de limitação no desempenho de tarefas domésticas, enquanto 77% referiram limitações em relação ao trabalho e realização de tarefas fora do domicílio.¹¹

Outro resultado do estudo foi à questão do consumo alto de materiais de proteção, como fraldas, absorventes e outros dispositivos ao se quantificar a percentagem de mulheres que utilizaram algum tipo de absorventes. IU gera um maior gasto em saúde,¹⁴ além do risco de dificultar ou impedir o trabalho remunerado fora de casa em mulheres idosas com capacidade para o desempenho de atividades da vida diária.¹⁵

O padrão de sono prejudicado em idosas pode estar associado à noctúria. Apesar das explicações fisiopatológicas, a sua influência nos distúrbios do sono ainda não foram esclarecidas.¹⁶ Em outros estudos, observou-se que, pelo menos, 63,3% de pacientes com IU se sentem cansadas por não terem um bom sono.¹⁷

Os resultados evidenciam a importância de implementar a TC antes de submeter a idosa a outros tipos de tratamento. Ao considerar que dificilmente uma idosa não tenha comorbidades, a intervenção cirúrgica deveria ser vista como último caso.

Uma pesquisa realizada na Espanha com 302 idosas, entre 2003 e 2010, revelou que dentre as mulheres que realizaram o procedimento cirúrgico existia uma possibilidade de 50% de fracasso para aquelas que sofreram partos distócicos prévios, 66% com DM tipo I, 41% para hipertensas, 66% com

transtornos respiratórios, 37% quando em uso de ansiolítico, 28% com artrose, 40% para obesas, 13% para histerectomizadas e 30% para cirurgia de perineoplastia prévia.¹⁸

Outro estudo realizado com mulheres brasileiras mostra que a prevalência de IU pode chegar até 61% em mulheres hipertensas e diabéticas.¹⁹ Isso demonstra que as comorbidades sempre devem ser avaliadas ao escolher uma abordagem de tratamento, devido ao custo desnecessário e às repercussões negativas na qualidade de vida que as complicações de um procedimento cirúrgico podem acarretar.

A TC vem, então, como uma opção de tratamento que não oferece riscos às idosas. Este resultado corrobora com os achados encontrados na literatura que recomendam a aplicação da TC antes de encaminhar uma paciente com IU para realizar um procedimento cirúrgico. Além disso, mesmo quando houver necessidade da intervenção cirúrgica, a TC pode ser realizada após o procedimento, a fim de otimizar a reabilitação no pós-operatório tardio.³

CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível demonstrar a efetividade da TC aplicada pelo enfermeiro, já que seu benefício vai além do controle miccional. O resgate da continência melhora a qualidade de vida, trazendo o conforto de poder realizar as suas atividades básicas e avançadas de vida, com redução do gasto com absorventes ou protetores higiênicos. Tais conquistas resultam e potencializam o vínculo interpessoal entre quem cuida e quem é cuidado.

Ademais, os resultados evidenciaram a importância de implementar a TC antes de submeter a idosa a outros tipos de tratamento. Ressalta-se a importância do autocuidado como patamar para a manutenção da funcionalidade, no que se refere à tomada de consciência e mudança de comportamento.

As limitações do estudo estão relacionadas ao número de sujeitos da pesquisa, que impossibilitou a realização de um ensaio clínico controlado. No entanto, há perspectivas de novos estudos sobre a temática, para ampliar o quantitativo de idosas que serão submetidas à TC. Por fim, foi possível demonstrar que o cuidado de enfermagem é sempre inovador, quando promove e sensibiliza o outro para o autocuidado, ajudando na mudança da condição de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Delarmelindo RCA, Parada CMGL, Rodrigues RAP, Bocchi SCM. Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 19];47(2):296-303. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/04.pdf>
2. Caldas CP, Conceição IRS, José RMC, Silva BMC. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. Texto contexto enferm [Internet]. 2010 [cited 2015 Jan 19];19(4):783-88. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/23.pdf>
3. Bolina AF, Dias FA, Santos NMF, Tavares DMS. Incontinência Urinária auto referida em idosos e seus fatores associados. Rev Rene [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 05];14(2):354-63. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/909>
4. Honório MO, Santos SMA dos. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 5];62(1):51-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/08.pdf>
5. Mata LRF, Gomes CRG, Goulart LC, Macedo MML, Rodrigues RN. Produção científica nacional em periódicos de enfermagem relacionada à incontinência urinária: revisão integrativa. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 5];8(9):3188-96. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5533/pdf_6153
6. Galvão MTRLS, Janeiro JMSV. O autocuidado em Enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. Rev Min Enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 5];17(1):225-30. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/593>
7. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 4ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 2006.
8. Mesquita LA, César PM, Monteiro MV C, Silva Filho AL. Terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor. Femina [Internet]. 2010 [cited 2015 Jan 5];38(1):23-9. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n1/a004.pdf>
9. Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GR et al. Validation of a quality of life questionnaire (King's Health Questionnaire) in Brazilian women with urinary incontinence. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2005 [cited 2015 Jan19]; 27(5):235-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n5/25638.pdf>
10. Gormley EA. Biofeedback and behavioral therapy for management of female urinary incontinence. Urol Clin North Am [Internet]. 2002 [cited 2015 Jan 5];29(3):551-7. Available from: http://ac.els-cdn.com.ez83.periodicos.capes.gov.br/S0094014302000605/1-s2.0-S0094014302000605-main.pdf?_tid=815dd336-a1c6-11e4-8e50-00000aab0f6b&acdnat=1421883647_17bcf788d80cff0afea5ffcd760c8571
11. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2008 [cited 2015 Jan 5];42(1):187-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/25.pdf>
12. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2010 [cited 2015 Jan 5];14(3):611-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25.pdf>
13. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2004.
14. Cordeiro G. Qualidade de Vida na Perspectiva de Mulheres Climatéricas com Incontinência Urinária. São Luís. Dissertação [Mestrado em Saúde Materno-Infantil] - Universidade Federal do Maranhão; 2008.
15. Caetano AS, Cunha MCG, Tavares F, Lopes MHBM, Poloni RL. Influência da atividade física na qualidade de vida e auto-imagem de mulheres incontinentes. Rev Bras Med Esporte [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 5]; 15(2):93-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n2/v15n2a02.pdf>
16. Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. Int J Clin Pract [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 5];63(8):1177-91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2734927/pdf/ijcp0063-1177.pdf>
17. Biliwise DL, Foley DJ, Vitiello MV, Ansari FP, Ancoli-israel S, Walsh JK. Nocturia and disturbed sleep in the elderly. Sleep Med

[Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 5];10(5):540-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2735085/>

18. Lorenzo-Gómez MF, Gómez-García A, Padilla-Fernández B, García-Criado FJ, Silva-Abuín JM, Mirón-Canelo JA et al. Factores de riesgo de fracaso de la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante cinta suburetral trans obturatriz. Actas Urol Esp [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 5];35(8):454-8. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v35n8/original4.pdf>

19. Menezes GMD, Pinto FJM, Silva FAA, Castro ME, Medeiros CRB. Queixa de perda de urina: um problema silente pelas mulheres. Rev Gaúcha Enfer [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 5];33(1):100-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a14v33n1.pdf>

Submissão: 08/02/2014

Aceito: 31/03/2015

Publicado: 01/08/2015

Correspondência

Bárbara Martins Corrêa da Silva
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Serviço de Clínica Médica, 9º andar.
Rua Rodolpho Paulo Rocco, 255
Cidade Universitária
Ilha do Fundão
CEP 21941-913 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil