



INCONTINÊNCIA URINÁRIA: UMA ANÁLISE À LUZ DAS POLÍTICAS DE ENVELHECIMENTO

URINARY INCONTINENCE: AN ANALYSIS IN THE PERSPECTIVE OF AGING POLICIES

INCONTINENCIA URINARIA: UN ANÁLISIS A LA LUZ DE LAS POLÍTICAS DE ENVEJECIMIENTO

Nathália Alvarenga-Martins¹, Paulo Ferreira Pinto², Cristina Arreguy-Sena³, Heloísa Campos Paschoalin⁴, Denise Cristina Alves de Moura⁵, Camila Vasconcelos Teixeira⁶

RESUMO

Objetivo: analisar a incidência de Incontinência Urinária (IU) entre pessoas com idade ≥ 65 anos à luz das políticas do envelhecimento ativo. **Método:** estudo *survey*-descritivo, de abordagem quantitativa. Os participantes foram recrutados a partir de visita domiciliar. O instrumento de coleta de dados foi composto pelos determinantes pessoais do processo de envelhecimento e escala *International Consultation on Incontinence Questionnaire* (ICIQ-SF). Os dados foram tratados por análise descritiva e testes de correlação. **Resultados:** os 110 sujeitos investigados eram em sua maioria mulheres (62,7%), tinham idade média 73 e menos de 7 anos de estudo (88,2%). A perda de urina foi relatada em 41 (37,8%) dos participantes e sendo mais recorrente a Incontinência Urinária de urgência (73,5%). **Conclusão:** os altos índices de IU confirmam o risco para fragilidade que compromete o processo de envelhecimento ativo sendo necessário redimensionamento de políticas, programas e ações locais para abordagem da Incontinência Urinária. **Descritores:** Incontinência Urinária; Envelhecimento; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the incidence of Urinary Incontinence (UI) among people aged ≥ 65 years in the perspective of active aging policies. **Method:** survey-descriptive, quantitative-based study. Participants were recruited from home visits. The instrument of data collection was composed of the personal determinants of the aging process and International Consultation on Incontinence Questionnaire scale (ICIQ-SF). The data was treated by descriptive analysis and correlation tests. **Results:** the 110 subjects investigated, were mostly, women (62.7%), had a mean age of 73 and less than seven years of education (88.2%). Loss of urine was reported in 41 (37.8%) of the participants, and urinary incontinence (73.5%) was more frequent. **Conclusion:** high UI rates confirm the risk for fragility that compromises the active aging process, and it is necessary to re-scale local policies, programs and actions to address Urinary Incontinence. **Descriptors:** Urinary Incontinence; Aging; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar la incidencia de la Incontinencia Urinaria (IU) entre las personas $\geq$ de 65 años teniendo en cuenta las políticas de envejecimiento activo. **Método:** estudio *survey*-descritivo, de enfoque cuantitativo. Los participantes fueron reclutados a partir de visita domiciliar. El instrumento de recogida de datos fue compuesto de los determinantes personales del proceso de envejecimiento y escala *International Consultation on Incontinence Questionnaire* (ICIQ-SF). Los datos fueron tratados por análisis descriptivos y testes de correlación. **Resultados:** los 110 sujetos investigados eran, en su mayoría mujeres (62,7%), tenían edad promedio 73 y menos de siete años de estudio (88,2%). La pérdida de orina se reportó en 41 (37,8%) de los participantes, y de más frecuencia la Incontinencia Urinaria de urgencia (73,5%). **Conclusión:** los altos índices de IU confirman el riesgo de la fragilidad que compromete el proceso de envejecimiento activo, siendo necesario redimensionamiento de políticas, programas y acciones locales para el abordaje de la incontinencia urinaria. **Descritores:** Incontinencia Urinaria; Envejecimiento; Enfermería.

¹Enfermeira, Professora Mestre, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF. Juiz de Fora (MG), Brasil. E-mail: nath.alvarenga.martins@gmail.com; ²Professor Doutor de Educação Física, Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora (MG), Brasil. E-mail: pauloferpinto@gmail.com; ^{3,4}Enfermeira, Professoras Doutoras, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF. Juiz de Fora (MG), Brasil. E-mails: cristina.arreguy@ufjf.edu.br; hcpaschoalin@gmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Mestre, Doutoranda, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF. Juiz de Fora (MG), Brasil. E-mail: denisematipo@yahoo.com.br; ⁶Enfermeira, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF. Juiz de Fora (MG), Brasil. E-mail: camilavasconcelosteixeira@gmail.com

INTRODUÇÃO

A transição demográfica e epidemiológica das últimas décadas têm transformado a realidade brasileira em relação às expectativas de vida e ao aumento da incidência e prevalência de doenças crônico-degenerativas em detrimento das infectoparasitárias.¹ Nesta realidade, aumentou-se a necessidade de desenvolvimento de ações políticas e de saúde voltadas para a prevenção e o controle dos agravos comuns ao processo de envelhecer com enfoque na otimização das oportunidades de saúde, participação social e segurança, sendo essa a tríade de sustentação da política do “envelhecimento ativo”.²

Há manifestações de deterioração muscular, próprias do envelhecimento, que desencadeiam redução da capacidade funcional da pessoa idosa, tendo como origem a perda de massa e força muscular.³⁻⁴ Em decorrência a esse enfraquecimento muscular, tem-se a redução da mobilidade física e o surgimento da Incontinência Urinária (IU).^{3,5} Esta é definida como “queixa de qualquer perda involuntária de urina”.⁶ Estima-se que 30% a 50% das pessoas idosas apresentem algum tipo de incontinência, com maior prevalência entre mulheres e aumentando os riscos de sua ocorrência a cada ano do envelhecer.⁷⁻⁸ A Incontinência Urinária (IU) constitui um sinal de alarme para a ocorrência de fragilidade, sendo um fator de redução da autonomia da pessoa idosa.⁸

A concepção de fragilidade, no contexto da pessoa idosa, implica maiores riscos de incapacidades, de institucionalização, de hospitalização e de morte, cabendo à equipe de saúde realizar a triagem das pessoas com idade ≥ 60 anos para os indicadores de risco de fragilidade, dentre os quais se encontra a IU.⁸⁻⁹

Apesar de não ser considerada uma morbidade própria do envelhecimento, a IU é mais prevalente entre as pessoas idosas e, embora tenha alta frequência e repercussão funcional, é a queixa mais negligenciada no exame clínico usual da equipe de saúde.^{5, 7} Por isso, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) enfoca a incontinência urinária como uma morbidade que deve ser prontamente reconhecida com vistas a se proceder, em tempo hábil, o planejamento de ações que diminuam o risco de fragilidade do indivíduo idoso.⁸

Há uma variedade de nomenclaturas para mencionar os tipos de incontinências urinárias, sendo a concepção adotada a proposta pela *International Continence*

Society (ICS), que pode ser classificada em: incontinência de esforço, de urgência, mista, enurese, noctúria, incontinência urinária total e a perda urinária pós-miccional.⁶ Esta investigação se ateve à abordagem de três delas: esforço, urgência e mista, por serem as mais prevalentes entre as pessoas idosas.^{7,10}

O enfermeiro está inserido na abordagem da IU tanto de forma autônoma, quanto integrante da equipe de saúde, desenvolvendo ações de investigação, prevenção e reabilitação com vistas à redução dos riscos de declínio funcional e possibilidades de garantias de um envelhecimento ativo.^{9,11}

Diante o exposto, esta investigação teve como objetivo analisar a incidência de IU entre pessoas com idade ≥ 65 anos à luz das políticas do envelhecimento e se justifica pelo: 1) período de transição demográfica evidenciar uma tendência no aumento de pessoas com 60 anos de idade ou mais para as quais a incidência de IU tende a aumentar com os anos de vida; 2) pelas evidências de que o envelhecimento é processual e que as abordagens de promoção e prevenção de saúde devam ser realizadas de forma integrada com o ciclo de vida e com as políticas públicas discutidas e 3) pelos dados apresentarem um diagnóstico situacional passível de instrumentalizar gestores de saúde na formulação de planos de intervenções que incluam a temática da IU e que sejam condizentes com a realidade local.

MÉTODO

Manuscrito extraído da Dissertação “Pessoas idosas e incontinência urinária: trajetória da proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada em enfermagem” apresentada em 2014 ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Minas Gerais, Brasil.

Foi realizado um *survey*-descritivo e previstas três hipóteses investigativas e suas respectivas de nulidade: H1 - a incidência de IU é inferior a 30% entre pessoas com 65 anos de idade com baixa escolaridade e baixa renda; H2 - O tipo de IU mais prevalente é a IUE e H3 - O uso de medicamentos anti-hipertensivos está relacionado à ocorrência de IU.

Pesquisa realizada em uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais, cujos índices de pessoas com idade ≥ 65 anos são superiores à média nacional.¹² O cenário eleito foi composto pelas seis microáreas que integram a cobertura priorizada da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) que

integram três bairros distintos e cujo o modelo de assistência era o tradicional.

Amostra de seleção completa. Dados coletados de outubro de 2013 a janeiro de 2014. Os participantes foram recrutados a partir de visita domiciliar da equipe de saúde da referida UAPS, tendo sido necessários dois encontros: o primeiro para a apresentação e o agendamento de retorno e o segundo para a realização da coleta de dados propriamente dita e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Cabe mencionar que, como no Brasil a classificação de pessoa idosa é determinada a partir da idade de 60 anos, nesta investigação optou-se por abordar pessoas com idade ≥ 65 anos, tendo em vista captar a IU no processo de envelhecimento em curso.¹³⁻⁵

Foram critérios de elegibilidade: 1) pessoas de ambos os gêneros; 2) com idade ≥ 65 anos; 3) sem distinção de nível de escolaridade, racial ou étnica; 4) usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na área de abrangência onde os dados foram coletados; 5) que receberam escores na avaliação pela escala de miniexame do Estado Mental (MEEN) ≥ 24 se tivessem mais de quatro anos de escolaridade ou ≤ 17 se tivessem até quatro anos de escolaridade⁸ e 6) que concordaram em participar como voluntários não remunerados, externando sua aquiescência por meio da assinatura no TCLE e pós-informado.

Foram considerados critérios de exclusão os potenciais participantes que: 1) não atenderam aos critérios de elegibilidade; 2) não foram encontrados em casa após três visitas em dias e horários distintos; 3) estivessem internados, institucionalizados ou em viagem no período de coleta de dados e 4) tiveram diagnóstico firmado de Alzheimer em estágio intermediário a avançado, segundo a classificação da Sociedade Brasileira de Neurologia.⁸⁰

Dos 132 moradores com idade ≥ 65 anos cadastrados nas seis microáreas pesquisadas, 22 não compuseram a população devido: recusas (9); morte (2); acuidade auditiva reduzida (2); mudança de domicílio (2); não serem encontrados (4) e obterem *escore* alterado da escala MEEN (3).

Utilizou-se questionário elaborado em consonância com o referencial teórico-conceitual estabelecido para o processo de envelhecimento. A especificidade da abordagem da incontinência urinária foi inserida a partir de referenciais teóricos e epidemiológicos que explicitavam os riscos e as vulnerabilidades para a ocorrência da incontinência entre as pessoas idosas.

Utilizada a escala *International Consultation on Incontinence Questionnaire* (ICIQ-SF),¹⁶ validada, na realidade brasileira, para aferir a incidência da incontinência urinária e seu impacto.

Instrumento de coleta de dados composto por: determinantes pessoais do processo de envelhecimento e escala ICIQ-SF para mensurar a incidência de incontinência urinária e seu impacto sobre as atividades da vida diária, sendo realizado estudo piloto com dez pessoas idosas moradoras de região similar que foram excluídas da versão final.

Dados consolidados em planilha do Programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22, e tratados por análise descritiva e por testes de correlação.

Atendidas todas as recomendações éticas e legais de pesquisa envolvendo seres humanos, em consonância com legislação brasileira, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo 341.116.

RESULTADOS

Participaram 110 pessoas com idade ≥ 65 anos, sendo 69 (62,7%) mulheres; idade média de 73 anos (variabilidade 65 a 96 anos e desvio padrão 6,232); 54 (49,1%) eram casados e 56 (53,9%) viviam sem companheiro.

Em relação à escolaridade, a média foi de 3,5 anos de estudo, a mediana de 3,0, a moda 0 (zero), havendo uma variação de 0 (zero) a 16 anos de estudo, com desvio padrão de 6,76.

Dos 110 participantes, 72 (65,5%) eram aposentados e tinham como profissão atividades de baixa remuneração, tais como empregada doméstica (30,9%); trabalhador de construção civil (19,9%) e serviços gerais (13,6%) ou se restringiam às atividades no lar (13,6%).

◆ Situações de risco para a incontinência urinária

Dentre os participantes do gênero masculino, 12 (10,9%) deles foram submetidos à cirurgia de próstata (prostatectomia) e, em relação ao gênero feminino, 21 (19,1%) delas submeteram-se a algum tipo de cirurgia ginecológica, exceto a cesárea.

Dentre os participantes do gênero feminino, 30 (27,3%) delas eram nulíparas, 36 (32,7%) tiveram de um a seis filhos e 26 (23,5%) de sete a 20 filhos. Em relação ao tipo de parto, 59 (53,6%) tiveram parto vaginal e, destas, duas necessitaram de fórceps.

Entre os participantes pesquisados, 96 (87,3%) afirmaram ter alguma doença diagnosticada.

Tabela 1. Distribuição dos 110 participantes segundo o tipo de doença diagnosticada que possui. Juiz de Fora (MG), Brasil, 2016.

Tipo doença	n	%	Tipo doença	n	%
Genitourinárias			Metabólicas		
sim	1	,9	sim	32	29,1
não	10	97,3	não	76	69,1
	7				
não se aplica	2	1,8	não se aplica	2	1,8
Total	11	100	Total	110	100
	0				
Respiratória			Neoplásicas		
sim	8	7,3	sim	1	,9
não	10	90,9	não	107	97,3
	0				
não se aplica	2	1,8	não se aplica	2	1,8
Total	11	100	Total	110	100
	0				
Cardiovasculares			Osteoarticular		
sim	84	76,4	sim	16	14,5
não	24	21,8	não	92	83,6
não se aplica	2	1,8	não se aplica	2	1,8
Total	11	100	Total	110	100
	0				
Psicossomáticas			Infetoparasitárias		
sim	3	2,7	sim	1	,9
não	10	95,5	não	107	97,3
	5				
não respondeu	1	,9	não se aplica	2	1,8
não se aplica	1	,9			
Total	11	100	Total	110	100
	0				

Nos últimos 30 dias da data da entrevista, 95 (86,4%) dos 110 entrevistados fizeram uso de algum medicamento. Na tabela 2, consta o tipo de medicações usadas pelos 110 participantes.

Tabela 2. Distribuição dos 110 participantes segundo medicações em uso nos últimos 30 dias da data da entrevista. Juiz de Fora (MG), Brasil, 2016.

Classe medicamentosa	n*	%	Classe medicamentosa	n*	%
Antihipertensivo			Broncodilatador		
não se aplica	8	7,3	não se aplica	8	7,3
sim	77	70,0	sim	2	1,8
não	25	22,7	não	100	90,9
Total	110	100	Total	110	100
Diurético			Hipoglicemiante oral ou insulina		
não se aplica	8	7,3	não se aplica	8	7,3
sim	31	28,2	sim	27	24,5
não	71	64,5	não	75	68,2
Total	110	100	Total	110	100
Vasodilatador			Cálcio		
não se aplica	8	7,3	não se aplica	8	7,3
sim	2	1,8	sim	5	4,5
não	100	90,9	não	97	88,2
Total	110	100	Total	110	100
Antibiótico			Anti-inflamatório		
não se aplica	9	8,2	não se aplica	8	7,3
sim	3	2,7	sim	12	10,9
não	98	89,1	não	90	81,8
Total	110	100	Total	110	100
Hormônio			Antidepressivo		
não se aplica	8	7,3	não se aplica	8	7,3
sim	1	,9	sim	12	10,9
não	101	91,8	não	90	81,8
Total	110	100	Total	110	100

Entre os participantes, 24 (21,8%) eram fumantes ativos e 14 (12,7%) consumiam algum tipo de bebida alcoólica e, destes, seis (5,5%) com frequência diária. A incidência, o tipo de incontinência urinária e sua interferência na vida diária constam na tabela 3.

Aplicação da escala ICIQ-SF

Tabela 3. Distribuição da incidência de incontinência urinária e impacto na vida diária dentre os 110 participantes segundo escala ICIQ-SF. Juiz de Fora (MG), Brasil, 2016.

Característica	Categorias	n	%	
Tipo de incontinência urinária *	IU** de esforço	7		
	IU de urgência	33		
	IU mista	6		
Frequência que perde urina	1 vez/semana ou menos	19	46,3	
	2 ou 3 vezes/semana	8	19,5	
	1 vez ao dia	5	12,2	
	Diversas vezes ao dia	9	22	
Total		41	100	
Quantidade estimada de perda urina	Pequena	29	70,7	
	Moderada	10	24,4	
	Grande	2	5	
Total		41	100	
Interferência na vida diária	Nível interferência	0	15	36,6
		1I---3	1	2,,4
		3I----6	9	22
		6I-----9	12	29,3
		10	4	9,7
Total		41	100	
Ocasião em que perde urina *	Antes chegar banheiro	33	73,5	
	Tusso ou espirro	7	15,5	
	Dormindo	4	8,8	
	Atividade física	-		
	Terminei de urinar e estou me vestindo	1	2,2	
Total		45	100	

*pode haver mais de uma opção não totalizando em 100%; **IU- Incontinência Urinária.

A partir da mensuração da incidência de incontinência urinária, foi possível vislumbrar associações dela com alguns fatores de risco (morbidades, medicações, procedimentos/tratamentos) (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição da associação entre variáveis intervenientes e o surgimento de incontinência urinária nos 110 participantes. Juiz de Fora (MG), Brasil, 2016.

		IU		S/ IU		
Variáveis		n	%	n	%	p
HAS						
	Presente	34	82,9	50	72,5	0,32
	Ausente	7	17,1	17	24,6	
DM						
	Presente	13	31,7	19	27,5	0,51
	Ausente	28	68,3	48	69,6	
Cirurgia Ginecológica						
	Presente	4	9,8	17	24,6	0,44
	Ausente	24	58,5	25	36,2	
Diurético						
	Usa	13	31.7	18	26.1	0,66
	Não usa	26	63.4	45	65.2	
Fumar						
	Usa	8	19,5	16	23,2	0,42
	Não usa	33	80,5	53	76,8	
Doença Respiratória						
	Presente	5	12,2	3	4,3	0,17*
	Ausente	36	87,8	64	92,8	
Cirurgia Próstata						
	Presente	2	4,9	10	14,5	0,05*
	Ausente	18	43,9	38	55,1	
Tipo de parto						
	Vaginal	23	88,5	36	92,3	0,60*
	Não vaginal	3	11,5	3	7,7	
Hipoglicemiante Insulina						
	Usa	10	24,4	17	24,6	0,74*
	Não usa	29	70,7	46	66,7	
Beber						
	Usa	6	14,6	8	11,6	0,84*
	Não usa	35	85,3	61	88,4	

*Cálculo comprometido devido ao fato de haver menos de cinco elementos na tabela de contingência.

DISCUSSÃO

O processo de feminização da velhice pode ser confirmado entre a população pesquisada. Em média, a mulher vive sete anos a mais que o homem e essa longevidade pode ser explicada por alguns fatores como: os maiores índices de mortalidade estarem entre o gênero masculino; a ocorrência de significativa queda das mortes maternas; a proteção hormonal feminina (estrógeno); a menor exposição feminina a comportamentos de risco no trânsito e no trabalho; as menores taxas de consumo de álcool e tabaco estarem entre as mulheres e pelo comportamento de adesão das mulheres para cuidados com a saúde.¹⁷

Dentre os analfabetos brasileiros, 39,9% possuem idade ≥ 60 anos.¹⁸ Assim, o grupo pesquisado apresenta média ligeiramente inferior à nacional, o que pode ser explicado pelo cenário da investigação localizar-se na região Sudeste do país, historicamente caracterizada por índices maiores de alfabetização quando comparada às demais,¹⁸ corroborando baixo nível de escolaridade visto que 88,2% dos participantes eram analfabetos ou possuíam ensino fundamental incompleto. Tal fato retrata a pouca inserção dos participantes em programas de alfabetização destinados a pessoas adultas e/ou à baixa efetividade desses programas.¹⁹

Ao realizar uma análise política e econômica, pode-se considerar que uma população analfabeta ou com baixos níveis de escolaridade, como a abordada nesta pesquisa, coincide com a que está exposta a outros problemas sociais como: baixa renda, fome, desemprego/subemprego, alienação e dificuldade de acesso à saúde.²⁰

Os dados sociodemográficos permitiram confirmar que, na população investigada, a tríade “saúde, segurança e participação social”, que alicerça a política do envelhecimento ativo, não era atendida satisfatoriamente, comprometendo o envelhecimento favorável à preservação da capacidade funcional.

♦ Situações de risco para incontinência urinária

A história urogenital, enquanto componente relevante na avaliação dos riscos para incontinência urinária, em ambos os gêneros, possibilitou identificar peculiaridades segundo o gênero.⁵

No caso da próstata, a glândula é atravessada em sua totalidade pelo canal da uretra, o que justifica o fato de ela ser considerada um marcador para as disfunções

urinárias nos homens.²¹ Além de se localizar nas proximidades de estruturas neurológicas responsáveis pela continência, a exemplo, o nervo pudendo.²¹

Durante as cirurgias de prostatectomias, chances de ocorrência de lesões em nível esfinteriano e/ou em terminações nervosas justificam a possibilidade de surgimento da IU.²¹⁻² Fato este que pode ser temporário ou definitivo, tendo em vista que algumas pessoas, no período pós-operatório, conseguem recuperar a continência em alguns dias, outras, em semanas ou meses, e há uma parcela delas em que isto não ocorre.²¹

No caso das mulheres, as cirurgias ginecológicas podem alterar a disposição interna dos órgãos da pelve, comprometendo a fisiologia da continência.^{21,23} O útero, por sustentar estruturas como bexiga e uretra, quando retirado (histerectomia), pode interferir na configuração desses órgãos a ponto de comprometer a fisiologia urinária por meio de alteração na função de sustentação do soalho pélvico.^{21,23}

Por outro lado, cirurgias de correção do períneo, cujo objetivo é reforçar as estruturas de sustentação dos órgãos e realocá-los com vistas a corrigir prolapsos de órgãos pélvicos, podem atuar como fator de proteção para a IU. Contudo, em longo prazo, há chances de haver recidiva da disfunção anatômica e reaparecimento da IU.²³

O parto normal mal assistido é considerado fator desencadeante de IU devido ao risco de microlesões nos músculos e nervos da pelve.²⁴ Esta alteração é capaz de comprometer as estruturas responsáveis pela sustentação do soalho pélvico, uma vez que o processo de reconstituição desses tecidos pode ocorrer com formação de fibrose, cujo neotecido é incapaz de atender às demandas de contração e de força.²⁴

As incontinências, entre as mulheres, também podem estar associadas ao parto vaginal quando técnicas como o fórceps e a episiotomia são utilizadas. Ambas podem causar lesões nas fibras musculares do músculo levantador do ânus e do músculo esfíncter da uretra, alterando a fisiologia da micção.²⁴

Algumas doenças representam fatores predisponentes para a incontinência urinária em ambos os gêneros.²⁵ A transição demográfica brasileira, associada a investimentos econômicos em saúde e tecnologia, mudou o perfil dos tipos de doenças que incidem sobre a população que possui idade ≥ 65 anos.¹ As doenças parasitárias e infecciosas dão espaço às crônicas, associadas, sobretudo, ao estilo de

vida (ocupação, estresse) e comportamentos (alimentares, de prática ou não de atividade física e hábitos de consumir cigarro e bebidas alcoólicas).¹

Na população investigada, os maiores índices estavam entre as doenças crônicas não transmissíveis: cardiovasculares, 84 (76,4%), metabólicas, 32 (29,1%) e as osteoarticulares, 16 (14,5%). (Tabela 1).

O DM, enquanto doença metabólica, pode ocasionar alterações no sistema urinário tanto na fase inicial, como em longo prazo, e de diferentes formas. Na fase inicial, a concentração excessiva de glicose na urina atua como um irritante vesical e pode desencadear hiperatividade do músculo detrusor, traduzindo-se em desejos frequentes de urinar.²⁶

Em longo prazo (cinco a dez anos), quando não tratado de forma adequada, o diabetes *mellitus* pode gerar hipertrofia do músculo detrusor em função de sua hiperatividade crônica. Tal fato faz surgir uma redução na capacidade de complacência e contração da bexiga que justifica a ocorrência de incontinência por transbordamento e o surgimento de infecção urinária recorrente em decorrência do volume significativo de urina residual.²⁶

Durante o processo de coleta de dados, houve a oportunidade de a entrevistadora conferir as medicações em uso pelos participantes e identificar uma aproximação entre doenças/medicações/tratamento/processo do envelhecimento. A triangulação de fontes distintas de informação evidenciou tendência dos participantes para a adesão ao tratamento da hipertensão arterial (76,4%), reafirmada pelo uso de anti-hipertensivos (70%) e ao tratamento do diabetes (29,1%), confirmado pelo uso dos hipoglicemiantes ou da insulina (24,5%), o que foi corroborado pelas evidências de aumento na carga de medicamentos e de doenças que se intensificam com o transcorrer dos anos (Tabelas 2 e 3).⁸

Cabe mencionar que houve adesão dos participantes para as estratégias utilizadas pelos profissionais da unidade de saúde a que estão vinculadas, embora esta unidade não disponha de ESF, conforme mencionado na caracterização do cenário de investigação. Sendo válido ressaltar que a adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes representam fator de proteção para IU.^{23,26}

A incidência de incontinência urinária, quando aferida por este questionário, apareceu como doenças do aparelho

genitourinário e foi mencionada por apenas um entrevistado (0,9%). A explicação para o baixo reconhecimento (in)direto da ocorrência da incontinência urinária pode ser atribuída ao fato de ela não ser identificada como uma doença na concepção dos participantes.^{9,27}

Dentre os determinantes para a incontinência urinária encontram-se também comportamentos de risco, como tabagismo e etilismo.⁹

A nicotina é considerada um agente vesico-irritante, capaz de causar hiperatividade do músculo detrusor. Além disso, o cigarro predispõe à ocorrência de tosse crônica, o que aumenta a pressão intra-abdominal e favorece o aparecimento da IU. De modo similar à nicotina, o álcool é um agente vesicoirritante capaz de conferir risco ao processo de continência.^{7,9}

♦ Aplicação da escala ICIQ-SF

Do ponto de vista do processo de envelhecimento, embora ele seja fisiológico, está diretamente relacionado à menor capacidade funcional das vias urinárias inferiores e da bexiga, favorecendo o surgimento da IU^{5,7} e justificando índices maiores de IU em pessoas idosas quando comparadas às outras faixas etárias e a outras situações transitórias, a exemplo da gestação e do puerpério.²⁴

Apesar da IU ter uma variabilidade de incidência descrita na literatura, esta variação pode ser explicada pelo perfil dos participantes.⁸ Nesta investigação, como não foram incluídas pessoas acamadas e/ou internadas, estimava-se menor número de incidência quando comparado à realidade nacional, em virtude da menor vulnerabilidade deste grupo para o evento das incontinências urinárias.

Dados de incidência da IU encontrados estão de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ou seja, de 30 a 60% entre população com ≥60 anos de idade, variando segundo o grau de fragilidade da pessoa idosa.⁸

Há estimativas que consideram a incidência de IU de 30% dos idosos que vivem em comunidade, 40% dos que se encontram em ambiente hospitalar e 50% dos que vivem em instituições de longa permanência.⁹ Isto equivale a dizer que, na literatura, a incidência de incontinência urinária entre pessoas idosas foi inferior à identificada nesta investigação. Tal fato pode ser explicado pela interação obtida antes de se realizar a abordagem da IU favorecer o seu relato sem temor ou vergonha e de haver subnotificação

reconhecida em decorrência ao constrangimento de se tê-la.^{10, 27}

O aumento da incidência de IU, em decorrência do envelhecimento populacional mundial, é fato estimado para os próximos 13 anos, segundo uma investigação norueguesa de delineamento longitudinal. Apesar de o Brasil não possuir pesquisas equivalentes, é possível inferir que o mesmo ocorrerá, quando se analisam dados censitários nacionais concomitantemente com evidências científicas sobre a temática em diferentes perfis amostrais^{10,18,28}.

Considera-se Incontinência Urinária de Esforço (IUE) quando há queixa de perda de urina associada ao esforço físico, tosse, espirro, riso ou mudança súbita de posição. A explicação plausível para sua ocorrência está alicerçada no aumento da pressão abdominal e em decorrência do aumento da pressão intravesical que, por sua vez, ultrapassa a pressão uretral e esfíncteriana, favorecendo a perda de urina.

Num sistema íntegro e continente, em qualquer das situações de esforço mencionadas anteriormente, a resistência uretral deverá ser capaz de suportar a pressão recebida a ponto de se evitar, com êxito, a perda de urina.²¹

A incontinência urinária de urgência (IUU) é o segundo tipo mais prevalente (22,8%), sendo o primeiro a IUE (50,1%).⁷⁻⁸ No caso da IUU, a perda de urina é acompanhada e/ou precedida por urgência miccional. Se a origem deste distúrbio for motora, verificam-se contrações não inibidas do detrusor em consequência da obstrução/resistência, do envelhecimento ou da ocorrência de processos inflamatórios pélvicos ou uretrais. Cabe acrescentar que algumas vezes, por dificuldade de deambulação, as chances de queda se intensificam pela tentativa da pessoa alcançar rapidamente o sanitário, antes que ocorra a perda parcial/total da urinária.^{8,25,29} Quando a pessoa com IUU está num ambiente que apresenta limitação de acesso imediato aos sanitários, sua interação social pode ficar comprometida.²⁹⁻³⁰

A Incontinência Urinária Mista (IUM) trata-se da associação da incontinência de urgência e de esforço, sendo a fisiopatologia igualmente mista.⁶

A identificação de fatores determinantes para que ocorra a perda de urina é relevante para a definição da abordagem terapêutica e para auxiliar em seu enfrentamento. Um exemplo é distinguir se a causa foi de origem neurológica (a exemplo das decorrentes de cirurgias do cólon e do reto, histerectomia, cirurgia de prolapso, amputação abdomino-

perineal em que há lesão no nervo pélvico, plexo hipogástrico e no nervo pudendo) e/ou se houve alterações na disposição anatômica da bexiga-uretra, a ponto de comprometer o mecanismo de continência.²¹

Embora a ICS classifique a incontinência de esforço como sendo a mais frequente, podendo acometer até 50,1% dos casos, outras pesquisas que utilizaram a escala ICIQ-SF corroboraram o fato de a presença de incontinência de urgência superar a de esforço, conforme identificado nesta investigação.^{10,29-30}

Um estudo de prevalência de incontinência urinária entre pessoas idosas, com características que se aproximam à população desta investigação, encontrou, como causa da perda urinária, o fato de a pessoa não conseguir chegar a tempo ao banheiro, evidência que permite nomeá-la como de urgência.¹⁰

Embora tenha sido realizada a inferência sobre o tipo de incontinência em curso, a partir do relato dos participantes, cabe mencionar que, para se obter o diagnóstico fidedigno do tipo de incontinência, é necessário comprovar a associação entre queixa da pessoa investigada, exame clínico confirmatório e de urodinâmica, fato que não constituiu o escopo desta investigação.²⁸

Apesar de ser considerada uma morbidade silente, com baixa procura espontânea por tratamento, a IU se apresenta como um fator de impacto sobre as atividades diárias e tal fato não foi corroborado por dados desta investigação.^{27, 30} Pesquisas apontam que a IUU é a mais impactante sobre as atividades diárias quando comparada aos demais tipos, visto que, ao sentir o desejo miccional, é necessária a interrupção imediata das atividades que estavam realizando, fato este que limita a inserção da pessoa com IU em atividades cotidianas e de trabalho.³⁰

Embora o DM seja mencionado na literatura como um fator de risco para a instalação da IU, quer seja na fase inicial ou quando cronicado, ele não apresentou significância estatística (p valor = 0,510) quando associado aos índices de IU (Tabela 4). Apesar dessa correlação também não aparecer em outros estudos semelhantes, acredita-se que a forte adesão ao tratamento do DM entre os participantes tenha sido um viés em função da não manifestação de agravos urinários em decorrência desta morbidade.^{5,10,26}

Entre os pesquisados, não houve associação entre o tipo de parto (p valor = 0,600), cirurgia de próstata (p valor = 0,057) e comportamentos de riscos, como consumo de

cigarro (p valor = 0,420) e de bebida alcoólica (p valor = 0,840) (Tabela 4).

CONCLUSÃO

Ao caracterizar os participantes quanto ao perfil sociodemográfico e ao processo de envelhecimento, foi possível identificar que as 110 pessoas com ≥ 65 anos eram, em sua maioria, mulheres (62,7%), tinham idade média 73 (variabilidade 65 a 96 anos e tinham menos de sete anos de estudo 88,2%).

A perda de urina foi relatada em 41 (37,8%) participantes, sendo a mais recorrente a IUU (73,5%), não havendo correlação com o nível de significância estatístico (p valor 0,66) entre o uso de anti-hipertensivo (diurético) e a prevalência de IU. Diante do exposto, foi possível aceitar as hipóteses de nulidade que consideravam a incidência de incontinência urinária igual ou superior a 30%; que negavam a maior prevalência de incontinência urinária ser a de esforço e que não há influência do uso de medicamento anti-hipertensivo sobre o surgimento da incontinência.

Os altos índices de IU permitiram confirmar o risco para a fragilidade à qual a população investigada está exposta, comprometendo um processo de envelhecimento ativo com manutenção da capacidade funcional, participação social e acesso à saúde.

A relevância da incontinência, enquanto componente das síndromes geriátricas, no contexto investigado, permitiu sugerir: 1) sua inclusão ou redimensionamento entre os conteúdos abordados na formação acadêmica de enfermeiros generalistas; 2) redimensionar políticas, programas e ações locais de caráter emergencial quando se prioriza um processo de envelhecimento ativo.

REFERÊNCIAS

1. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 June [cited 2016 May 22];29(6):1217-29. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a18v29n6.pdf>
2. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. Brasília: OPAS; 2005 [cited 2016 May 22]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
3. Diz JBM, Queiroz BZD, Tavares LB, Pereira LSM. Prevalência de sarcopenia em idosos: resultados de estudos transversais amplos em diferentes países. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2015 July/Sept [cited 2016 May 22];18(3):665-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n3/1809-9823-rbgg-18-03-00665.pdf>
4. Duarte MCS, Loureiro LSN, Fernandes MGM, Nóbrega MML, Costa KNFM. Functional disability in the elderly's conceptual analysis. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Oct [cited 2016 May 22];6(10):2348-55. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2718/pdf_1535
5. Virtuoso JF, Menezes EC, Mazo GZ. Fatores de risco para incontinência urinária em mulheres idosas praticantes de exercícios físicos. Rev bras ginecol obstet [Internet]. 2015 [cited 2016 May 22];37(2):82-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n2/0100-7203-rbgo-37-02-00082.pdf>
6. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn [Internet]. 2002 [cited 2016 May 22];21(2):167-78. Available from: https://www.ics.org/publications/ici_3/v2.pdf/abram.pdf
7. Sacomoric C, Negri NB, Cardoso FL. Incontinência urinária em mulheres que buscam exame preventivo de câncer de colo uterino: fatores sociodemográficos e comportamentais. Cad saúde pública [Internet]. 2013 June [cited 2016 May 22];29(6):1251-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a21v29n6.pdf>
8. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais [Internet]. Brasília: OPAS; 2012 [cited 2016 May 22]. Available from: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
9. Silva VA, D'Elboux MJ. Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2016 May 22];46(5):1221-6. Available from: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/48147/0>
10. Langoni CS, Knorst MR, Lovatel GA, Leite VO, Resende TL. Incontinência urinária em idosas de Porto Alegre: sua prevalência e sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. Fisioter Pesqui [Internet]. 2014 Jan/Mar [cited 2016 May 22];21(1):74-80. Available from:

<http://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/80146/84036>

11. Santos MIPO, Griep RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). Cienc saúde coletiva [Internet]. 2013 Mar [cited 2016 May 22];18(3):753-61. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/21.pdf>

12. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Sinopse do Censo Demográfico 2010 Minas Gerais Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [cited 2016 May 22]. Available from: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=31&dados=0>.

13. Dias JA, Arreguy-Sena C, Pinto PF. Ser idoso e o processo do envelhecimento: Saúde percebida. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2011 Apr/June [cited 2016 May 22];15(2):372-9. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a21>

14. Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. Texto contexto-enferm [Internet]. 2012 Jan/Mar [cited 2016 May 22];21(1):167-76 Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a19v21n1.pdf>

15. Pereira MCA, Silva LDF, Moura TNB, Pereira LCA, Landim MBP. Contribuições da socialização e das políticas públicas para a promoção do envelhecimento saudável: uma revisão de literatura. Rev Bras Prom Saúde [Internet]. 2016 [cited 2016 May 22];29(1):273-80. Available from:

<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4422/pdf>

16. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Rodrigues Netto Jr N. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). Rev Saúde Pública [Internet]. 2004 June [cited 2016 May 22];38:438-44. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/20662.pdf>

17. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. Textos contextos (Porto Alegre) [Internet]. 2015 Jan/June [cited 2016 May 22];14(1):115-31. Available from:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/19830/13313>

18. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia

e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais : uma análise das condições de vida da População Brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [cited 2016 May 22]. Available from:

<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>

19. Soares MRP, Istoe RSC. Alfabetização e inclusão de pessoas idosas: uma proposta interdisciplinar mediada pelas tecnologias da informação e da comunicação. Rev Cient Interdisciplinar [Internet]. 2015 July/Sept [cited 2016 May 22];2(3):165-75. Available from:

<http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/123/62>

20. Alves H, Escorel S. Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do Programa Bolsa Família, Brasil. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 May 2016];34(6):429-36. Available from:

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n6/v34n6a09.pdf>

21. Padmanabhan P, Dmochowski R. Urinary incontinence in women: a comprehensive review of the pathophysiology, diagnosis and treatment. Minerva ginecol. 2014 Oct;66(5):469-78. (IMPRESSO)

22. Kojima Y, Takahashi N, Haga N, Nomiya M, Yanagida T, Ishibashi K, et al. Urinary incontinence after robot-assisted radical prostatectomy: pathophysiology and intraoperative techniques to improve surgical outcome. Inter J Urol [Internet]. 2013 Nov [cited 2016 May 22];20(11):1052-63. Available from:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iju.12214/full>

23. Vasconcelos CTM, Vasconcelos Neto JA, Bezerra LRPS, Augusto KL, Karbage SAL, Frota IPR, et al. Disfunções do assoalho pélvico: perfil sóciodemográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia. Gestão e Saúde [Internet]. 2012 [cited 2016 May 22];4(1):1484-98. Available from:

http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/226/pdf_1

24. Lopes DBM, Praça NS. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto: características clínicas. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 June [cited 2016 May 22];46(3):559-64. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/05.pdf>

25. Silva VA, D'Elboux MJ. Fatores Associados à Incontinência Urinária em Idosos com critérios de Fragilidade. Texto contexto-enferm [Internet]. 2012 Apr/June [cited 2016

May 22];21(2):338-47. Available from:
<http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-338.pdf>

26. Marini G, Piculo F, Barbosa AMP, Damasceno DC, Matheus SMM, Rudge MVC. Importância do modelo animal para testar hipóteses sobre a fisiopatologia do binômio diabetes e incontinência urinária feminina. Sci Med [Internet]. 2011 Oct/Dec [cited 2016 May 22];21(4):191-95. Available from:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/9230/7246>

27. Menezes GMD, Pinto FJM, Silva FAA, Castro ME, Medeiros CRB. Queixa de Perda Uriária: Um problema silente pelas mulheres. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012 Mar [cited 2016 May 22];33(1):100-8. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a14v33n1.pdf>

28. Ebbesen MH, Hunskaar S, Rortveit G, Hannestad YS. Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). BMC Urology [Internet]. 2013 [cited 2016 May 22];13:27. Available from:
<http://bmcurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2490-13-27>

29. Fernandes S, Coutinho EC, Duarte CJ, Nelas PAB, Chaves CMCB, Amaral O. Qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. Referência [Internet]. 2015 Apr/June [cited 2016 May 22];4(5):93-9. Available from:
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn5/serlVn5a11.pdf>

30. Melo BES, Freitas BCR, Oliveira VRC, Menezes RL. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2012 [cited 2016 May 22];15:41-50. Available from:
http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11672/1/ARTIGO_CorrelacaoEntreSinais.PDF

Submissão: 07/06/2016

Aceito: 08/02/2017

Publicado: 01/03/2017

Correspondência

Nathália Alvarenga-Martins
Rua Espírito Santo, 1286
Bairro Centro
CEP: 36016200 – Juiz de Fora (MG), Brasil