



Prevalência e Fatores Associados à Incontinência Urinária entre Idosos em Montes Claros - MG

Sarah Magalhães Medeiros, Antonio Prates Caldeira

Introdução

Acompanhando o processo de envelhecimento da população brasileira, a ocorrência de Incontinência Urinária (IU), manifestação de múltiplas etiologias, também cresce consideravelmente.

A incontinência urinária pode ser definida como a perda involuntária de urina [1]. Trata-se de uma das mais importantes síndromes geriátricas, sendo extremamente prevalente entre idosos, especialmente na população feminina [2,3].

A prevalência de IU parece ser constantemente subestimada porque muitos profissionais da saúde não perguntam rotineiramente sobre esse problema, ao passo que grande parte das pacientes não relata o sintoma de modo espontâneo. Nesse contexto, perpetua-se o impacto negativo da incontinência na qualidade de vida, um importante problema higiênico e social. Sabe-se que estudos sobre a prevalência da IU ainda são escassos, evidenciando uma temática que merece mais investigações.

O presente estudo objetivou quantificar a prevalência da Incontinência Urinária, bem como os fatores associados a esse sintoma, entre idosos vivendo em comunidade no município de Montes Claros, ao norte de Minas Gerais.

Material e métodos

Estudo transversal, analítico, de base populacional, cujos dados foram coletados entre maio e julho de 2013, através de visitas domiciliares. Foi aplicado um questionário com variáveis sociodemográficas, comorbidades, utilização de serviços de saúde, autoavaliação de saúde, dentre outras.

O processo de amostragem foi probabilístico, por conglomerados e em dois estágios. No primeiro estágio, utilizou-se como unidade amostral o setor censitário e foram selecionados aleatoriamente 42 setores censitários, entre os 362 setores urbanos do município. No segundo estágio, definiu-se o número de domicílios segundo a densidade populacional de indivíduos com idade ≥ 60 anos. Nesta etapa, os setores com maior número de idosos tiveram mais domicílios alocados, de forma a produzir uma amostra mais representativa.

O presente estudo é parte de uma análise ampla das condições de saúde de idosos do município. O número total de idosos alocados para o estudo considerou uma prevalência conservadora de 50% para os eventos estudados, uma população estimada de 30.790 idosos (segundo dados do IBGE), uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%. Considerando tratar-se de uma amostragem por conglomerados, o número identificado foi multiplicado por um fator de correção (*deff*) de 1,5 e acrescido de 15% para eventuais perdas. O número mínimo de pessoas para o estudo definido pelo cálculo amostral foi de 684 pessoas.

Participaram do estudo indivíduos com 60 anos ou mais. Foram excluídos idosos cujos cuidadores/familiares consideraram inaptos para responderem ao formulário do estudo. Foram consideradas perdas os idosos não disponíveis para participação em pelo menos três visitas em dias e horários diferentes, mesmo com agendamento prévio.

A coleta de dados foi realizada no domicílio do idoso por entrevistadores de nível superior, previamente treinados e calibrados, que percorreram os setores censitários a partir de um ponto previamente definido, por sorteio, em cada setor censitário. O instrumento de coleta de dados utilizado foi baseado em estudos similares e foi previamente testado em estudo piloto em um setor censitário especialmente sorteado e cujos dados não foram incluídos no trabalho final.

Todos os participantes foram orientados sobre a pesquisa e apresentaram sua anuência, através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (direta ou por meio de familiar, para os analfabetos). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Processo nº 173397).

As informações coletadas foram analisadas por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 (SPSS for Windows, Chicago, EUA). Inicialmente, foram avaliadas, de forma descritiva, as características demográficas e socioeconômicas do grupo, as variáveis relacionadas aos cuidados de saúde e morbidades autorreferidas. Em seguida, investigou-se a existência de associação estatística entre a variável dependente e as demais variáveis, de forma distinta para homens e mulheres. Para tanto, foram conduzidas análises bivariadas, seguidas de análise de regressão logística, também de forma distinta para homens e mulheres.



Resultados

Dos 686 idosos entrevistados, 445 (64,9%) eram do sexo feminino. A idade do grupo variou de 60 a 98 anos, com média de 70,9 anos (DP \pm 8,08); 481 idosos moravam com outros familiares, além do cônjuge (70,2%). A maioria se declarou parda (57,1%) e com escolaridade de até 4 anos (76,3%). A prevalência global de IU foi de 28,3% (194), sendo que entre os homens foi de 23,2% (56) e entre as mulheres de 31,1% (138).

A tabela 1 mostra os resultados da análise bivariada entre as principais variáveis estudadas e a presença de IC.

Após análise múltipla permaneceram como variáveis associadas à IC entre os idosos do sexo masculino: arranjo familiar, andar sem auxílio, fragilidade e autoavaliação de saúde. Para os idosos do sexo feminino as variáveis que permaneceram no modelo final foram: arranjo familiar, andar sem auxílio, fragilidade, renda e quedas.

Discussão

O presente estudo possibilitou revelar a magnitude da IU entre idosos do município de Montes Claros. Trata-se de uma questão clínica e psicológica de relevância, cuja prevalência registrada mostrou-se elevada, assim como em outro estudo realizado no Brasil [4]. Sabe-se, no entanto, que esse problema é, em grande parte dos casos, tratável ou curável [3]. Isso significa que muitos impactos negativos relacionados à incontinência urinária poderiam ser evitados por meio de uma investigação mais ativa e uma intervenção mais eficaz.

Este estudo revelou associação entre idosos pré-frágeis e frágeis de ambos os sexos e uma maior ocorrência de incontinência urinária, corroborando com outras pesquisas [5]. Sabe-se que a incontinência urinária está relacionada ao aparecimento de infecções urinárias, disfunção sexual, dentre outras afecções que culminam em maior ocorrência de disfunções e incapacidades.

Verificou-se também que a habilidade de se movimentar de maneira independente (andar sem auxílio) é um importante fator associado, uma vez que alterações da mobilidade dificultam o acesso ao banheiro e predispõem à incontinência [5, 6].

Morar sozinho esteve associado à incontinência urinária tanto entre homens quanto entre mulheres. Se, por um lado, o tipo de arranjo familiar pode levar a diferentes riscos de comorbidade, a deterioração da saúde também pode desarticular a estrutura familiar.

Entre as mulheres, a renda esteve associada à IU. Uma possível explicação é a de que mulheres com maior renda têm mais acesso aos serviços de saúde e podem prevenir/tratar o problema mais precocemente.

A IU obriga a idosa a ir ao banheiro com mais frequência e/ou urgência, expondo-a ao maior risco de quedas [7]. Por outro lado, a ocorrência de quedas culmina, muitas vezes, em fraturas, limitações da mobilidade e medo de cair, limitando a locomoção e o acesso ao banheiro. Tudo isso estaria associado à maior risco de desenvolver IU nas mulheres.

Uma autoavaliação da saúde negativa associou-se a uma maior ocorrência de IU entre os homens, mas não entre mulheres. A perda de urina pode causar isolamento social, depressão, alterações do sono e na sexualidade do idoso, podendo, algumas vezes, ser subjacente a alterações na próstata e repercutir negativamente na percepção da própria saúde.

Conclusão

Este estudo evidenciou que algumas condições evitáveis predispõem à incontinência urinária; por outro lado, ela também traz consigo repercussões extremamente deletérias para os idosos. Assim, ações mais efetivas devem ser implementadas no sentido de detectar precocemente pacientes com essa queixa e iniciar o tratamento oportuno.

Referências

- [1] HAYLEN, B. T. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. **Int. braz j urol.**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, Jan./Feb. 2010.
- [2] FARIA *et al.* Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, Jan./Mar. 2014.
- [3] JUNG, H. B.; KIM, H. J.; CHO, S. T.; A current perspective on geriatric lower urinary tract dysfunction. **Korean. J. Urol.**, v.56, n.4, abr. 2015.
- [4] TAMANINI, J. T. N. *et al.* Analysis of the prevalence and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo: SABLE Study (Health, Wellbeing and Aging). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.8, ago. 2009.
- [5] SILVA, V. A.; SOUZA, K. L.; D'ELBOUX, M. J.; Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n.3, june. 2011.
- [6] MIU, D. KY; LAU S.; SZETO, S. SL; Urinary incontinence in dementia subjects. **Geriatr. Gerontol.**, Hong Kong, v.10, n.2, April. 2010.
- [7] ABREU, H. C. A. A. *et al.* Incontinência urinária na predição de quedas em idosos hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.5, oct. 2014.



Tabela 1: Análise bivariada entre variáveis demográficas e socioeconômicas e incontinência urinária para idosos; Montes Claros (MG); 2013

Variável	Homens				OR(IC95%)	Mulheres				OR(IC95%)
	Com IU		Sem IU			Com IU		Sem IU		
	(n)	(%)	(n)	(%)		(n)	(%)	(n)	(%)	
Idade					1,830					1,190
≥ 80 anos	12	33,33	24	66,64	(0,848-3,947)	24	34,29	46	65,71	(0,693-2,043)
< 80 anos	44	21,46	161	78,54		114	30,48	260	69,52	
Escolaridade					1,474					1,128
0-4	45	24,86	136	75,14	(0,706-3,076)	108	31,67	233	68,33	(0,696-1,827)
> 4	11	18,33	49	81,67		30	29,13	73	70,87	
Arranjo familiar					2,416					2,297
Mora só	11	39,29	17	60,71	(1,057-5,522)	26	48,15	28	51,85	(1,289-4,090)
Mora c/familiares	45	21,13	168	78,87		112	28,79	277	71,21	
Renda familiar					1,750					1,825
Até 2 SM	43	26,22	121	73,78	(0,877-3,489)	109	34,60	206	65,4	(1,136-2,931)
> 2 SM	13	16,88	64	83,12		29	22,48	100	77,52	
Anda sem auxílio					7,154					3,253
Não	15	78,95	9	21,05	(2,928-17,484)	21	56,76	16	43,24	(1,640-6,453)
Sim	41	18,89	176	81,11		117	28,75	290	71,25	
Autoavaliação de saúde					1,192					1,879
Negativa	30	24,79	91	75,21	(0,655-2,170)	88	37,29	148	62,71	(1,243-2,840)
Positiva	26	21,67	94	78,33		50	24,04	158	75,96	
Quedas nos últimos 12 meses					3,605					1,684
Sim	22	44,0	28	56,0	(1,844-7,048)	56	38,89	88	61,11	(1,106-2,564)
Não	34	17,89	156	82,11		82	27,42	217	72,58	
Hipertenso					1,986					1,831
Sim	44	26,83	120	73,17	(0,980-4,024)	111	34,47	211	65,53	(1,127-2,977)
Não	12	15,58	65	84,42		27	22,31	94	77,69	
Usa anti-hipertensivos					2,375					1,861
Sim	44	28,03	113	71,97	(1,118-5,048)	113	35,31	207	64,69	(1,098-3,154)
Não	10	14,08	61	85,92		22	22,68	75	77,32	
Diabético					1,116					1,448
Sim	12	24,49	37	75,51	(0,536-2,326)	39	37,5	65	62,5	(0,914-2,297)
Não	43	22,51	148	77,49		99	29,29	239	70,71	
Artrite/ Artrose/ Reumatismo					1,693					2,061
Sim	15	31,25	33	68,75	(0,838-3,420)	76	39,38	117	60,62	(1,364-3,114)
Não	40	26,85	149	73,15		58	23,97	184	76,03	
Fragilidade					7,386					4,387
Aparentemente vulnerável ou frágil	46	39,32	71	60,68	(3,505-15,563)	115	41,37	163	58,63	(2,658-7,238)
Não frágil	10	8,06	114	91,94		23	13,86	143	86,14	
Sintomas depressivos					0,539					0,636
Não	30	19,11	127	80,89	(0,291-0,997)	68	26,67	187	73,33	(0,424-0,956)
Sim	25	30,49	57	69,51		68	36,36	119	63,64	

(*) Usa bengala ou outros dispositivos, ou está acamado(a).