

Artigo Original

Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados

Prevalence and factors associated to urinary incontinence in non-institutionalized elderly

Jair Almeida Carneiro^{1,2}, Gizele Carmem Fagundes Ramos², Ana Teresa Fernandes Barbosa^{2,3}, Sarah Magalhães Medeiros⁴, Cássio de Almeida Lima⁵, Fernanda Marques da Costa^{2,6}, Antônio Prates Caldeira^{2,7}

Resumo

Introdução: A incontinência urinária é uma das mais importantes síndromes geriátricas. Porém, na prática clínica, parece ser negligenciada e não existem estudos no Norte de Minas Gerais. Objetivou-se identificar a prevalência da incontinência urinária e os fatores associados para cada sexo entre idosos não institucionalizados. **Métodos:** Pesquisa transversal, de base populacional, conduzida em Montes Claros, em Minas Gerais. As informações foram analisadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17.0, sendo, inicialmente, realizada análise descritiva e, posteriormente, análises bivariadas e análise múltipla por meio da regressão logística. **Resultados:** Verificou-se prevalência de 23,2% entre os homens idosos e de 31,1% entre as mulheres idosas. Estiveram associados à incontinência urinária nos idosos os fatores: andar com auxílio, relato de queda no último ano e fragilidade. Entre as mulheres idosas, os fatores associados foram: autopercepção negativa da saúde, artrite/artrose/reumatismo e fragilidade. **Conclusão:** Houve alta prevalência de incontinência urinária em idosos de ambos os sexos. Fatores relativos às condições de saúde estiveram associados à ocorrência em cada sexo, evidenciando a necessidade de uma assistência eficaz que reconheça tais especificidades.

Palavras-chave: idosos; saúde do idoso; incontinência urinária; prevalência.

Abstract

Introduction: Urinary incontinence is one of the most important geriatric syndromes. However, in clinical practice it seems to be neglected and there are no studies in the North of Minas Gerais. The aim was to identify the prevalence of urinary incontinence and associated factors for each sex among non-institutionalized elderly. **Methods:** A population-based cross-sectional survey conducted in Montes Claros, Minas Gerais. The information was analyzed with the program *Statistical Package for the Social*

¹Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Montes Claros - Montes Claros (MG), Brasil.

²Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros - Montes Claros (MG), Brasil.

³Departamento de Clínica Médica, Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Montes Claros (MG), Brasil.

⁴Curso de Graduação em Medicina, Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Montes Claros (MG), Brasil.

⁵Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Saúde, Sociedade e Ambiente, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) - Diamantina (MG), Brasil.

⁶Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Montes Claros (MG), Brasil.

⁷Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Montes Claros, MG, Brasil.

Trabalho de base populacional, domiciliar - Montes Claros (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Cássio de Almeida Lima - Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Saúde, Sociedade e Ambiente, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Rua Dom João Pimenta, 781, Apartamento 02 - Centro - CEP: 39400-003 - Montes Claros (MG), Brasil - Email: cassioenf2014@gmail.com

Fonte de financiamento: O trabalho foi subvencionado - foi contemplado pelo Edital Universal da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) 2013 pelo processo: CDS-APQ-00996-13. Sarah Magalhães Medeiros é bolsista de Iniciação Científica da FAPEMIG.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Sciences, version 17.0, with descriptive analysis and, subsequently, bivariate analysis and multiple analysis through logistic regression. **Results:** A prevalence of 23.2% was found among elderly men and 31.1% among elderly women. They were associated with urinary incontinence in the elderly: walk with assistance, report of fall in the last year, fragility. Among the elderly women, the associated factors were: negative self-perception of health, arthritis/arthrosis/rheumatism, fragility. **Conclusion:** There was a high prevalence of urinary incontinence in the elderly of both sexes. Individual health conditions factors were associated with the occurrence in each sex, evidencing the need for effective assistance that recognizes such specificities.

Keywords: aged; health of the elderly; urinary incontinence; prevalence.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina que pode ocorrer associada ou não a esforços¹. Entre os fatores ligados ao seu aparecimento, muitos não se relacionam diretamente ao trato geniturinário, mas aos efeitos cumulativos de prejuízos em vários órgãos e sistemas^{2,3}. O registro de cirurgias ou deformidades pélvicas, multiparidade e hipoestrogenismo interferem negativamente na função esfinteriana da bexiga e tornam a condição mais frequente em mulheres idosas³. A IU é considerada uma das mais importantes síndromes geriátricas, também acomete os homens idosos e se apresenta como uma condição multifatorial¹⁻³.

Na prática clínica, a ocorrência da IU parece ser constantemente negligenciada e, ainda, é bastante estigmatizada^{3,4}. Comumente, portadores de IU sentem-se constrangidos pelo medo do odor, de parecer sujos e, nos homens, de ser vistos como impotentes⁴. Nesse contexto, perpetua-se um impacto negativo na qualidade de vida do paciente idoso, para quem a IU representa um importante problema higiênico e social. A respeito dessas repercussões negativas, um estudo evidenciou que a presença de IU está associada à menor satisfação com a vida entre idosos não institucionalizados⁵.

Cabe ressaltar que os impactos da IU não se restringem à esfera individual, mas também estão relacionados à maior sobrecarga dos cuidadores⁶. Salieta-se que a IU é erroneamente vista como um processo natural do envelhecimento^{3,6}. Todavia, pode ser evitada, postergada e, até mesmo, tratada. Assim, recomenda-se uma abordagem multiprofissional para a prevenção, avaliação e tratamento, com vistas à redução da prevalência e aos benefícios para os indivíduos e suas famílias⁶.

O profissional de saúde desempenha um papel fundamental no reconhecimento precoce da IU. A relação bem estabelecida com os idosos pode favorecer a identificação do tipo de incontinência e o tratamento imediato. Torna-se necessário investir em estratégias para o autocuidado, promover a prática regular de atividades físicas que melhorem a capacidade funcional dos idosos e verificar os efeitos farmacológicos dos medicamentos. Por sua vez, familiares e cuidadores podem colaborar nessa situação: devem estar atentos aos sinais de perda urinária e otimizar a mobilidade dos idosos ao banheiro⁷.

Quanto às evidências sobre o assunto, pesquisa realizada nos Estados Unidos com idosos não institucionalizados com idade superior a 65 anos revelou a presença de perda urinária

em mais da metade das mulheres e em mais de um quarto dos homens². No Brasil, estudos acerca da prevalência da IU nesse grupo ainda são escassos⁷⁻⁹. Não existem pesquisas sobre o tema para essa população na região norte do Estado de Minas Gerais – cenário do atual trabalho, onde se desconhecem a prevalência real e os fatores associados.

Como parece haver fatores associados à IU que são específicos para cada sexo¹⁰, conhecê-los é relevante para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e de tratamento mais direcionadas e, consequentemente, mais bem-sucedidas. Logo, é indubitável a necessidade de investigações sobre o assunto, pois apresentam consideráveis implicações para as políticas públicas e assistência em saúde quanto à prevenção, ao tratamento precoce e à redução das consequências da IU para a população idosa. O conhecimento dos fatores associados é essencial para o melhor entendimento desse problema de saúde pública, principalmente pelo fato de a IU ser sub-relatada, pela falta de esclarecimento sobre a existência de tratamento e por ser encarada como parte do processo natural do envelhecimento⁷.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo identificar a prevalência da IU e os fatores associados para cada sexo entre idosos não institucionalizados.

METODOLOGIA

Este estudo é parte de uma análise das condições de saúde de idosos não institucionalizados residentes no norte de Minas Gerais. Foi conduzido no município de Montes Claros, principal polo urbano da região. Trata-se de uma pesquisa transversal, de base populacional, com dados coletados entre maio e julho de 2013 por meio de visitas domiciliares.

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 de acordo com a densidade populacional de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Nessa etapa, os setores com maior número de idosos tiveram mais domicílios alocados, de forma a produzir uma amostra mais representativa. Para definição do domicílio a ser investigado, o setor sorteado era percorrido a partir de seu ponto inicial, de forma a visitar os domicílios de forma alternada. No domicílio visitado, caso houvesse idoso, este era convidado a participar do estudo; caso não houvesse,

era selecionado o próximo domicílio, seguindo o critério de domicílios alternados. Se no domicílio residisse mais de um idoso, era selecionado o de maior idade.

O número total de idosos alocados para o estudo considerou: prevalência conservadora de 50% para o evento estudado (IU), população estimada de 30.790 idosos (segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010), margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%. Como se trata 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 indivíduos para o estudo, definido pelo cálculo amostral, foi de 656.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos e ser residente na área selecionada. Foram excluídos os idosos com incapacidade cognitiva, segundo a avaliação da família, com déficit auditivo não corrigido que impedia o entendimento das perguntas e aqueles gravemente enfermos e acamados. Foram considerados como perdas os idosos não disponíveis 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 entrevistadoras, com formação profissional de nível superior, previamente capacitadas e calibradas, que percorreram os setores censitários a partir de um ponto previamente definido, por sorteio, em cada setor censitário. O instrumento foi elaborado com base no utilizado no inquérito telefônico “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas” (Vigitel), do Ministério da Saúde¹¹. Foi previamente testado em estudo-piloto em um setor censitário especialmente sorteado, porém os dados não foram incluídos no trabalho final.

A variável dependente avaliada neste trabalho foi a presença de IU autorreferida, identificada por meio de resposta positiva à seguinte pergunta: “*Você tem problema de perder o controle da urina sem querer ou de segurar urina?*”.

As variáveis independentes estudadas para ambos os sexos foram:

- Sociodemográficas: idade; cor da pele autorreferida; situação conjugal; arranjo familiar (condição de residir sozinho ou com outras pessoas); renda familiar; escolaridade (anos de estudo);
- Relativas à saúde: ocorrência de queda no último ano; medo de cair; andar com ou sem auxílio; presença de morbidades crônicas autorreferidas (hipertensão, diabetes mellitus, artrite/artrose/reumatismo e osteoporose); autopercepção do estado de saúde; fragilidade; sintomas depressivos.

Para mensurar a fragilidade, aplicou-se a Escala de Fragilidade de *Edmonton* (EFE), adaptada culturalmente e validada para a língua portuguesa¹². Trata-se de um instrumento que avalia nove domínios: cognição, estado de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicação, nutrição, humor,

continência urinária e desempenho funcional, distribuídos em 11 itens com pontuação de 0 a 17. A pontuação da EFE pode variar entre: 0-4, que indica que não há presença de fragilidade; 5-6, aparentemente vulnerável para fragilidade; 7-8, fragilidade leve; 9-10, fragilidade moderada; e 11 ou mais, fragilidade severa¹³. No presente estudo, para a análise dos dados, os resultados da variável foram dicotomizados em dois níveis: não frágil (escore final ≤ 6) e vulnerável/frágil (escore > 6).

Averiguaram-se os sintomas depressivos por meio da Escala Geriátrica de Depressão, que possui 15 questões¹⁴. Tal instrumento também já foi validado nacionalmente e é composto por perguntas negativas/afirmativas. O resultado de seis ou mais pontos indica sintomatologia depressiva. Dessa forma, o ponto de corte adotado neste trabalho foi 5/6 (não/sim – equivalente à não caso/caso)^{14,15}.

As informações coletadas foram analisadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 (SPSS for Windows, Chicago, EUA). Inicialmente, foi realizada análise descritiva dos dados. Por intermédio da análise bivariada, investigou-se a existência de associação estatística entre a variável dependente (IU) e as demais variáveis, utilizando-se o Teste do Qui-quadrado de *Pearson*. Por meio da análise bivariada, selecionaram-se as variáveis associadas a $p < 0,20$, que foram consideradas elegíveis para a análise múltipla. Para a análise múltipla, foi adotada a regressão logística, na qual todas as variáveis elegíveis ($p < 0,20$) foram incluídas ao mesmo tempo e, posteriormente, foram retiradas uma a uma conforme os valores de *p*, sempre retirando aquela de valor *p* mais alto (*Backward Wald*). No modelo final, foram mantidas as variáveis que apresentaram associação com IU até um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros e aprovado mediante o parecer do processo de nº 173397. Todos os participantes foram orientados sobre a pesquisa e apresentaram sua anuência, por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quando o idoso não podia assinar, alguém da família assinava o termo, consentindo a entrevista para a coleta de dados.

RESULTADOS

A amostra de idosos do estudo foi de 686 indivíduos, dos quais 445 (64,9%) eram do sexo feminino. A idade predominante para ambos os gêneros foi de 60 a 69 anos, com média de 70,9 anos ($DP \pm 8,08$), e a cor da pele autorreferida mais citada foi a parda. Os homens, em sua maioria, afirmaram ser casados, enquanto as mulheres, viúvas. Prevaleceu, para ambos os gêneros, a escolaridade entre um e quatro anos. Essas e outras características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas de idosos não institucionalizados, em Montes Claros/MG, 2013

Variável	Homens		Mulheres	
	n	(%)	n	(%)
Idade				
60 a 69 anos	118	49,0	223	50,1
70 a 79 anos	87	36,1	152	34,2
Mais de 80 anos	36	14,9	70	15,7
Cor da pele				
Parda	137	56,8	255	57,3
Preta	23	9,5	42	9,4
Branca	76	31,5	139	31,2
Amarela	5	2,1	9	2,0
Situação conjugal				
Solteiro	14	5,8	32	7,2
Casado	173	71,8	161	36,2
União estável	8	3,3	10	2,2
Divorciado/separado	17	7,1	37	8,3
Viúvo	29	12,0	205	46,1
Escolaridade				
Não estudou	65	27,0	114	25,6
1-4 anos	116	48,1	227	51,0
>4 anos	60	24,9	104	23,4
Arranjo familiar				
Mora sozinho	28	11,6	54	12,1
Mora somente com o cônjuge	63	26,1	56	12,6
Mora com outros familiares	149	61,8	332	74,6
Mora com não familiares	1	0,4	3	0,6
Renda familiar*				
≤1 salário mínimo	59	25,1	137	31,9
1,1-2,0 salários mínimos	83	35,3	149	34,7
>2,0 salários mínimos	93	39,6	144	33,5

*Limite superior à renda familiar de R\$ 2.300,00, considerando o salário base à época de R\$678,00 (equivale a 3,4 salários mínimos)

As principais características do grupo estudado em relação às condições de saúde são mostradas na Tabela 2. A prevalência global de IU foi de 28,3%. Entre os homens idosos, identificou-se a prevalência de 23,2%, e entre as mulheres idosas, 31,1%. Elas também tiveram maiores frequências para todos os problemas de saúde avaliados.

As Tabelas 3 e 4 apresentam os resultados das análises bivariadas que buscaram associação entre características sociodemográficas, condições de saúde e presença de IU para homens e mulheres, respectivamente.

Após a análise múltipla, estiveram associadas à IU as variáveis que permaneceram significativas no modelo final ($p \leq 0,05$). Entre os homens foram: andar com auxílio (OR=2,97; IC95%=1,15-7,71; $p=0,025$), relato de queda no último ano (OR=2,10; IC95%=1,06-4,48; $p=0,040$) e fragilidade (OR=5,00; IC95%=2,26-11,11; $p=0,001$). Já entre as mulheres foram: autopercepção negativa do estado de saúde (OR=2,48; IC95%=1,29-4,66; $p=0,006$), relato de artrite/artrose/reumatismo (OR=1,62; IC95%=1,04-2,52; $p=0,031$) e fragilidade (OR=3,51; IC95%=2,05-6,02; $p < 0,001$) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Neste estudo, verificou-se alta prevalência de IU, global e especificamente, entre homens e mulheres. Na literatura, a prevalência de IU varia significativamente entre os diversos trabalhos, muito em virtude das características da amostragem utilizada e da abordagem metodológica. Em estudos internacionais, variou de 6,5¹⁶ a 41%¹⁷ entre as mulheres idosas não institucionalizadas e de 4,6¹⁸ a 27% entre os homens idosos¹⁷. Considerando estudos mais recentes realizados no Brasil, a prevalência de IU variou de 12,6¹⁹ a 57,4%²⁰ entre as mulheres idosas e de 9,2¹⁹ a 18,3% entre os homens idosos não institucionalizados²¹. Em outra investigação, 29,4% dos idosos relataram perda urinária, sendo 36,3% no sexo feminino e 17% no masculino⁷. Um inquérito revelou que a IU é um sintoma comum à população idosa, com prevalência de 11,8% entre homens e de 26,2% entre mulheres⁸. Outra pesquisa, realizada apenas entre idosas, encontrou prevalência ainda mais elevada: 40%⁹.

Assim, as idosas costumam ser mais afetadas, embora a prevalência em ambos os sexos seja expressiva. Essa maior prevalência de IU nas idosas ocorre porque as mulheres

Tabela 2. Características relacionadas à saúde de idosos não institucionalizados, em Montes Claros/MG, 2013

Variável	Homens		Mulheres	
	n	(%)	n	(%)
Sintomas depressivos				
Sim	64	26,6	137	30,8
Não	177	73,4	308	69,2
Queda no último ano				
Sim	50	20,7	144	32,5
Não	191	79,3	299	67,5
Medo de cair				
Sim	143	59,3	347	78,3
Não	98	40,7	96	21,7
Anda com auxílio				
Sim	23	9,6	36	8,1
Não	217	90,4	407	91,8
Autopercepção do estado de saúde				
Muito bom/bom	106	44,0	185	41,6
Regular	108	44,8	194	43,6
Ruim/muito ruim	27	11,2	64	14,4
Fragilidade				
Sem fragilidade	124	51,5	167	37,5
Aparentemente vulnerável	50	20,7	102	22,9
Fragilidade leve	38	15,8	97	21,8
Fragilidade moderada	17	7,1	46	10,3
Fragilidade severa	12	5,0	33	7,4
Problemas de saúde				
Hipertensão arterial sistêmica	164	68,0	322	72,4
Diabetes	49	20,3	104	23,4
Artrite/artrose/reumatismo	48	19,9	193	43,4
Osteoporose	23	9,5	148	33,3
Incontinência urinária	56	23,2	138	31,0

são mais predispostas a desenvolver esse agravo do que os homens. Isso advém das diferenças no comprimento uretral e na anatomia do assoalho pélvico, de efeitos da gestação e do parto sobre os mecanismos de continência e de alterações hormonais, caracterizadas pelo esgotamento dos folículos ovarianos e hipoestrogenismo progressivo. Ainda, muitas mulheres consideram erroneamente a IU como um fenômeno normal do próprio envelhecimento. Adicionalmente, grande proporção de queixas de IU estão relacionadas ao esforço físico (IU de esforço), o que contribui para as diferenças de prevalências entre os sexos^{7,8}.

O fato de andar com auxílio e o relato de queda no último ano mostraram interferência na ocorrência de IU entre idosos do sexo masculino. Um estudo demonstrou que os pacientes idosos que necessitavam de auxílio para se locomover, tais como bengala ou outros dispositivos, tiveram maior chance de apresentar IU, em comparação àqueles que eram capazes de andar sem auxílio²². As alterações de mobilidade dificultam o acesso desses idosos ao banheiro e, dessa forma, podem predispor à perda involuntária de urina²².

A referida associação entre a IU e o relato de quedas também foi identificada em outros inquéritos^{23,24}. Algumas das explicações são a necessidade mais frequente desses idosos de urinar e a incapacidade de adiamento da micção, o que os obriga a ir ao banheiro com mais frequência e/ou urgência, expondo-os à maior propensão para quedas²⁵. Outra hipótese é a de que o medo de perder urina resulte em deslocamentos mais bruscos, rápidos e menos cuidadosos, predispondo o idoso a quedas. Todavia, as causas dessa associação ainda não são suficientemente claras²³. A ocorrência de quedas, por sua vez, também pode culminar em fraturas e limitações da mobilidade, o que afeta a locomoção e o acesso ao banheiro²⁵.

Verificou-se outra importante associação neste estudo: entre a autopercepção negativa do estado de saúde e a prevalência de IU nas idosas. Na literatura, pesquisas também apresentam esse resultado^{7,26}. A perda involuntária de urina pode causar isolamento social, alterações no sono e na sexualidade²⁷. Um inquérito com 1.094 mulheres idosas na Turquia mostrou ainda que a IU afeta as atividades de vida diária. No referido inquérito, 13,7% das idosas relataram ter caído ao levantar-se

Tabela 3. Associação entre variáveis sociodemográficas, relacionadas à saúde e incontinência urinária para homens idosos, em Montes Claros/MG, 2013

Variável	Com IU		Sem IU		p-valor	OR (IC95%)/Bruta
	n	(%)	n	(%)		
Idade					0,120*	
≥80 anos	12	21,4	24	13,0		1,83 (0,85-3,95)
<80 anos	44	78,6	161	87,0		1
Cor da pele					0,273	
Branca	21	37,5	55	29,7		1,42 (0,76-2,65)
Outras	35	62,5	130	70,3		
Situação conjugal					0,033*	
Solteiro/divorciado	20	35,7	40	21,6		2,01 (0,05-3,85)
Casado/união estável	36	64,3	145	78,4		
Escolaridade					0,299	
0-4 anos	45	80,4	136	73,5		1,47 (0,71-3,08)
>4 anos	11	19,6	49	26,5		
Arranjo familiar					0,032*	
Mora só	11	19,6	17	9,2		2,42 (1,06-5,52)
Mora com familiar	45	80,4	168	90,8		
Renda familiar					0,091*	
Até 2 salários mínimos	38	67,9	102	55,1		1,72 (0,91-3,23)
>2 salários mínimos	18	32,1	83	44,9		
Anda com auxílio					<0,001*	
Não	15	78,9	9	21,1		7,15 (2,93-17,48)
Sim	41	18,9	176	81,1		
Autopercepção do estado de saúde					0,265	
Negativa	35	62,5	100	54,1		1,42 (0,77-2,62)
Positiva	21	37,5	85	45,9		
Quedas no último ano					<0,001*	
Sim	22	39,3	28	15,2		3,60 (1,84-7,05)
Não	34	60,7	156	84,8		
Medo de cair					0,035*	
Sim	40	71,4	103	55,7		1,99 (1,04-3,81)
Não	16	28,6	82	44,3		
Hipertenso					0,054*	
Sim	44	78,6	120	64,9		1,99 (0,98-4,02)
Não	12	21,4	65	35,1		
Osteoporose					0,348	
Sim	7	13,2	16	8,8		1,57 (0,61-4,04)
Não	46	86,8	165	91,2		
Diabético					0,769	
Sim	12	21,8	37	20,0		1,12 (0,54-2,33)
Não	43	78,2	148	80		
Artrite/artrose/reumatismo					0,139*	
Sim	15	31,2	33	68,8		1,69 (0,84-3,42)
Não	40	26,8	149	73,2		
Fragilidade					0,000*	
Vulnerável/frágil	46	82,1	71	38,4		5,13 (2,71-9,74)
Não frágil	10	17,9	114	61,6		
Sintomas depressivos					0,034*	
Sim	21	37,5	43	23,2		1,98 (1,05- 3,76)
Não	35	62,5	142	76,8		

*Variáveis associadas a p<0,20 (elegíveis para a análise múltipla)

Tabela 4. Associação entre variáveis sociodemográficas, relacionadas à saúde e incontinência urinária para mulheres idosas, em Montes Claros/MG, 2013

Variável	Com IU		Sem IU		p-valor	OR (IC95%)/Bruta
	n	(%)	n	(%)		
Idade					0,519	
≥80 anos	24	17,4	46	15,0		1,19 (0,69-2,05)
<80 anos	114	82,6	260	85,0		
Cor da pele					0,364	
Branca	39	28,3	100	32,7		0,81 (0,52-1,26)
Outras	99	71,7	206	67,3		
Situação conjugal					0,091*	
Solteira/divorciada	93	67,4	180	58,8		1,45 (0,95-2,21)
Casada/união estável	45	32,6	126	41,2		
Escolaridade					0,586	
0-4 anos	108	78,3	233	76,1		1,14 (0,71-1,85)
>4 anos	30	21,7	73	23,9		
Arranjo familiar					0,004*	
Mora só	26	18,8	28	9,2		2,31 (1,29-4,12)
Mora com familiar	112	81,2	278	90,8		
Renda familiar					0,164*	
Até 2 salários mínimos	94	68,1	188	61,4		1,34 (0,88-2,07)
>2 salários mínimos	44	31,9	118	38,6		
Anda com auxílio					0,001*	
Não	21	15,2	17	5,5		3,06 (1,56-6,01)
Sim	117	84,8	290	94,5		
Autopercepção do estado de saúde					0,001*	
Negativa	97	70,3	162	52,9		2,09 (1,36-3,21)
Positiva	41	29,7	144	47,1		
Quedas no último ano					0,015*	
Sim	56	40,6	88	28,9		1,68 (1,11-2,56)
Não	82	59,4	217	71,1		
Medo de cair					0,008*	
Sim	118	86,1	229	74,8		2,09 (1,21-3,62)
Não	19	13,9	77	25,2		
Hipertensa					0,014*	
Sim	111	80,4	211	69,2		1,83 (1,13-2,98)
Não	27	19,6	94	30,8		
Osteoporose					0,085*	
Sim	53	40,5	95	31,9		1,45 (0,95-2,22)
Não	78	59,5	203	68,1		
Diabética					0,114*	
Sim	39	28,3	65	21,8		1,44 (0,92-2,29)
Não	99	71,7	239	68,6		
Artrite/artrose/reumatismo					0,001*	
Sim	76	56,7	117	38,9		2,06 (1,36-3,11)
Não	58	43,3	184	61,1		
Fragilidade					<0,001*	
Vulnerável/frágil	115	83,3	163	53,3		4,98 (3,23-7,66)
Não frágil	23	16,7	143	46,7		
Sintomas depressivos					0,035*	
Sim	52	37,6	85	27,7		1,58 (1,03-2,42)
Não	86	62,4	222	72,3		

*Variáveis associadas a p<0,20 (elegíveis para a análise múltipla)

Tabela 5. Fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados (modelo final), em Montes Claros/MG, 2013

Variáveis independentes	OR/ajustada	IC 95%	p-valor
Homens			
Anda com auxílio			
Sim	2,97	1,15-7,71	0,025
Não	1		
Queda no último ano			
Sim	2,10	1,06-4,48	0,040
Não	1		
Fragilidade			
Vulnerável/frágil	5,00	2,26-11,11	0,001
Não frágil	1		
Mulheres			
Autopercepção do estado de saúde			
Negativa	2,48	1,29-4,66	0,006
Positiva	1		
Artrite/artrose/reumatismo			
Sim	1,62	1,04-2,52	0,031
Não	1		
Fragilidade			
Vulnerável/frágil	3,51	2,05-6,02	0,001
Não frágil	1		

do vaso sanitário, 34,3% sentiam vergonha e 46,5% restringiam a ingestão de líquidos em virtude da ocorrência de IU²⁸. Há evidências de que a IU também pode estar associada à ocorrência de ansiedade e depressão^{7,8,29}.

Ressalta-se que a autopercepção da saúde se configura como um indicador confiável utilizado em inquéritos de saúde e que, embora subjetivo, fornece uma medida eficaz, rápida e de baixo custo à avaliação da saúde de grupos populacionais. Diz respeito à forma como o indivíduo vê seu estado geral, abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social. Ademais, fatores associados à autopercepção negativa da saúde podem concomitantemente propiciar o surgimento de sintomas depressivos entre as idosas³⁰. Desse modo, os resultados da atual investigação alertam para a necessidade de cuidados para com as idosas que possuem IU e que avaliaram negativamente sua própria saúde. Atenção especial deve ser dada ao idoso que não avalia positivamente sua condição de saúde, almejando um melhor manejo das condições crônicas e das incapacidades para promover qualidade de vida e aumento da longevidade³¹.

De maneira similar a este trabalho, outros estudos também encontraram associação entre a IU e o relato de artrite, artrose e reumatismo entre as mulheres idosas^{26,32}. A osteoartrose é descrita como a doença articular mais comum, especialmente entre indivíduos idosos³³. Trata-se de uma doença multifatorial que, em alguns casos, pode levar à incapacidade funcional significativa. Manifesta-se comumente por dor, rigidez matinal, edema e deformidades, perda da função, insegurança e instabilidade. Sabe-se que as mulheres têm, em geral,

doença mais severa que o homem³⁴. A limitação na marcha e a dependência para deambular podem ser fatores implicados na associação de tais agravos com a IU, ao dificultar o acesso ao banheiro^{35,36}. Diante dessa situação, revela-se a necessidade de uma assistência de melhor qualidade, que poderia levar a um aumento na expectativa de vida livre de incapacidade em idosos³⁷.

Este estudo evidenciou associação entre fragilidade e IU, tanto em homens quanto em mulheres. Sabe-se que essa síndrome abrange os domínios físico, psicológico e social, caracterizando-se, em última análise, por favorecer uma evolução desfavorável diante de agressões externas e de doenças, podendo deteriorar a qualidade de vida do idoso³⁸. Tipicamente, a IU no idoso é o resultado final de diversos fatores de risco subjacentes, e a manutenção da continência depende, dentre outros fatores, da cognição, de uma mobilidade adequada e de um ambiente apropriado e seguro⁴. Nesse contexto, há importante relação entre os critérios de fragilidade e a IU, como já foi demonstrado por outros autores^{22,39}, de modo que a fragilidade pode favorecer a ocorrência de IU⁴⁰, e vice-versa.

É válido informar que a fragilidade é reconhecida como uma síndrome geriátrica multidimensional, a qual resulta em vulnerabilidade e maior chance de ocorrência de desfechos clínicos adversos, como a IU. Todo esse contexto também pode repercutir negativamente na qualidade de vida do idoso. Assim, é necessário que os profissionais de saúde realizem a identificação oportuna de idosos com maior grau de fragilidade, a fim de que sejam prestados os cuidados mais apropriados³¹.

Por fim, embora este inquérito possua um caráter pioneiro no cenário investigado, há limitações que devem ser consideradas. Trata-se de um estudo transversal que avalia apenas associação entre variáveis, sem possibilidade de definir relação de causalidade. As variáveis foram aferidas por informações autorreferidas pelos idosos, e, apesar de ser um procedimento válido e utilizado em diversos trabalhos, há a limitação da memória como fator que interfere negativamente. A baixa escolaridade do grupo estudado também pode ser considerada uma limitação, pois pode comprometer a compreensão das questões investigadas e a qualidade das respostas. Todavia, apesar dessas limitações, realizou-se uma investigação de base domiciliar, conduzida com um seguimento crescente da população nacional, em uma região que até então não contava com estudos dessa natureza.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):213-40. PMID:20025020. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.20870>.
2. Gorina Y, Schappert S, Bercovitz A, Elgaddal N, Kramarow E. Prevalence of incontinence among older americans. *Vital Health Stat*. 2014;3(36):1-33. PMID:24964267.
3. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence: 5th international consultation on incontinence. Paris: International Continence Society; 2013.
4. Gibson W, Wagg A. New horizons: urinary incontinence in older people. *Age Ageing*. 2014;43(2):157-63. PMID:24509954. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/af214>.
5. Pinto JM, Neri AL. Factors associated with low life satisfaction in community-dwelling elderly: FIBRA Study. *Cad Saude Publica*. 2013;29(12):2447-58. PMID:24356691. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00173212>.
6. Tamanini JT, Santos JL, Lebrão ML, Duarte YA, Laurenti R. Association between urinary incontinence in elderly patients and caregiver burden in the city of São Paulo/Brazil: health, wellbeing, and ageing study. *Neurourol Urodyn*. 2011;30(7):1281-5. PMID:21560151.
7. Marques LP, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, d'Orsi E. Demographic, health conditions, and lifestyle factors associated with urinary incontinence in elderly from Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(3):595-606. PMID:26247184. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500030006>.
8. 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 Saude Publica*. 2009;25(8):1756-62. PMID:19649416. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800011>.
9. Faria CA, Menezes AMN, Rodrigues AO, Ferreira ALV, Bolsas CN. Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosos numa unidade básica de saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(1):17-25. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100003>.
10. Wu JM, Matthews CA, Vaughan CP, Markland AD. Urinary, fecal, and dual incontinence in older U.S. adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(5):947-53. PMID:25940401. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.13385>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Vigitel 2010. Brasília: MS; 2011.
12. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Cross-cultural adaptation and validity of the "Edmonton Frail Scale - EFS" in a Brazilian elderly sample. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(6):1043-9. PMID:20126949. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000600018>.
13. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006;35(5):526-9. PMID:16757522. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/af041>.
14. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-6. PMID:10450349. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X199900300013>.
15. Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Sci Med*. 2007;17(1):3-8.
16. Park J, Hong GRS, Yang W. Factors associated with self-reported and medically diagnosed urinary incontinence among community-dwelling older women in Korea. *Int Neurourol J*. 2015;19(2):99-106. PMID:26126439. <http://dx.doi.org/10.5213/inj.2015.19.2.99>.
17. Goode PS, Burgio KL, Redden DT, Markland A, Richter HE, Sawyer P, et al. Population based study of incidence and predictors of urinary incontinence in black and white older adults. *J Urol*. 2008;179(4):1449-53. PMID:18295279. <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2007.11.069>.
18. Hall SA, Yang M, Gates MA, Steers WD, Tennstedt SL, McKinlay JB. Associations of commonly used medications with urinary incontinence in a community based sample. *J Urol*. 2012;188(1):183-9. PMID:22591967. <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2012.02.2575>.
19. Bolina AF, Dias FA, Santos NMF, Tavares DMS. Incontinência urinária autorreferida em idosos e seus fatores associados. *Rev Rene*. 2013;14(2):354-63.
20. Langoni CS, Knorst MR, Lovatel GA, Leite VO, Resende TL. Incontinência urinária em idosos de Porto Alegre: sua prevalência e sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. *Fisioter Pesqui*. 2014;21(1):74-80. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/475210114>.

CONCLUSÃO

A IU foi um problema de elevada prevalência em idosos de ambos os sexos. Fatores relativos às condições de saúde estiveram associados à ocorrência de IU para cada sexo, o que evidencia a importância de uma abordagem que enfatize as diferenças entre homens e mulheres no contexto do desenvolvimento de doenças. Ainda, evidenciou-se uma relevante associação da IU com a fragilidade entre os idosos, tanto em homens quanto em mulheres.

Nesse contexto, conhecer os fatores investigados neste trabalho é fundamental para planejar ações direcionadas aos grupos mais vulneráveis, estabelecendo ações mais eficazes, além de uma assistência em saúde que reconheça as especificidades e seja de melhor qualidade.

21. Burti JS, Santos AM, Pereira RMR, Zambon JP, Marques AP. Prevalence and clinical characteristics of urinary incontinence in elderly individuals of a low income. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54(2):e42-6. PMID:21592599. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2011.04.004>.
22. Silva VA, Souza KL, D'Elboux MJ. Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(3):672-8. PMID:21710074. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300018>.
23. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Lebrão ML, Duarte YAO, Braga PE. Associação entre dor crônica e autorrelato de quedas: estudo populacional SABE. *Cad Saude Publica.* 2014;30(3):522-32. PMID:24714942. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00165412>.
24. Foley AL, Loharuka S, Barrett JA, Mathews R, Williams K, McGrother CW, et al. Association between the Geriatric Giants of urinary incontinence and falls in older people using data from the Leicestershire MRC Incontinence Study. *Age Ageing.* 2012;41(1):35-40. PMID:21948857. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afr125>.
25. Abreu HCA, Reiners AAO, Azevedo RCS, Silva AMC, Abreu DROM. Incontinência urinária na predição de quedas em idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;45(5):851-6. PMID:25493489. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140005000011>.
26. Reigota RB, Pedro AO, Machado VSS, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Prevalence of urinary incontinence and its association with multimorbidity in women aged 50 years or older: a population-based study. *Neurourol Urodyn.* 2016;35(1):62-8. PMID:25358890. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.22679>.
27. Pedro AF, Ribeiro J, Soler ZASG, Bugdan AP. Quality of life of women with urinary incontinence. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2011;7(2):63-70.
28. Kaşıkçı M, Kılıç D, Avşar G, Şirin M. Prevalence of urinary incontinence in older Turkish women, risk factors, and effect on activities of daily living. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015;61(2):217-23. PMID:26123541. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.008>.
29. Kwon CS, Lee JH. Prevalence, risk factors, quality of life, and health-care seeking behaviors of female urinary incontinence: results from the 4th Korean National Health and Nutrition Examination Survey VI (2007-2009). *Int Neurourol J.* 2014;18(1):31-6. PMID:24729925. <http://dx.doi.org/10.5213/inj.2014.18.1.31>.
30. Ramos GCF, Carneiro JA, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Caldeira AP. Prevalence of depressive symptoms and associated factors among elderly in northern Minas Gerais: a population-based study. *J Bras Psiquiatr.* 2015;64(2):122-31. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000067>.
31. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Factors associated with negative self-rated health among non-institutionalized elderly in Montes Claros, Brazil. *Cien Saude Colet.* 2016;21(11):3377-86. PMID:27828571. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.18752015>.
32. Smith AL, Wang PC, Anger JT, Mangione CM, Trejo L, Rodríguez LV, et al. Correlates of urinary incontinence in community-dwelling older Latinos. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(6):1170-6. PMID:20406311. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02814.x>.
33. Rezende MU, Campos GC, Pailo AF. Conceitos atuais em osteoartrite. *Acta Ortop Bras.* 2013;21(2):120-2. PMID:24453655. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-78522013000200010>.
34. Fellet AJ, Barbosa LF, Soares GF. Osteoartrite/Osteoarthritis. *Rev Bras Med.* 2014;71(12):59-67.
35. Fritel X, Lachal L, Cassou B, Fauconnier A, Dargent-Molina P. Mobility impairment is associated with urge but not stress urinary incontinence in community-dwelling older women: results from the Ossébo study. *BJOG.* 2013;120(12):1566-72. PMID:23750706. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12316>.
36. Hsu A, Conell-Price J, Stijacic Cenzer I, Eng C, Huang AJ, Rice-Trumble K, et al. Predictors of urinary incontinence in community-dwelling frail older adults with diabetes mellitus in a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2014;14(1):137. PMID:25514968. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-14-137>.
37. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. The health transition and changes in healthy life expectancy in the elderly population: possible impacts of chronic disease prevention. *Cad Saude Publica.* 2013;29(6):1217-29. PMID:23778553. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600018>.
38. Lana LD, Schneider RH. The frailty syndrome in elderly: a narrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(3):673-80. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12162>.
39. Çakmur H. Frailty among elderly adults in a rural area of Turkey. *Med Sci Monit.* 2015;30(21):1232-42. PMID:25925800. <http://dx.doi.org/10.12659/MSM.893400>.
40. Andrade AN, Fernandes MGM, Nóbrega MML, Garcia TR, Costa KNFM. Frailty in the elderly: conceptual analysis. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(4):748-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400004>.

Recebido em: Set. 28, 2016
Aprovado em: Jul. 16, 2017