

Fatores demográficos, condições de saúde e hábitos de vida associados à incontinência urinária em idosos de Florianópolis, Santa Catarina

Demographic, health conditions, and lifestyle factors associated with urinary incontinence in elderly from Florianópolis, Santa Catarina, Brazil

Larissa Pruner Marques¹, Ione Jayce Ceola Schneider¹, Maruí Weber Corseuil Giehl¹, Danielle Ledur Antes¹, Eleonora d'Orsi¹

RESUMO: *Objetivo:* Determinar a prevalência e os fatores associados à incontinência urinária na população idosa de Florianópolis, no Estado de Santa Catarina. *Métodos:* Foram utilizados dados do inquérito EpiFloripa Idoso 2009/2010, que foi um estudo transversal de base populacional, com 1.705 idosos, de ambos os sexos. Utilizou-se a regressão de Poisson bruta e ajustada para verificar a associação entre o desfecho incontinência urinária e as variáveis exploratórias (sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde). *Resultados:* Dentre os idosos, 29,4% relataram perda urinária, sendo 36,3% no sexo feminino e 17,0% no masculino. Os fatores associados a maior prevalência de incontinência urinária foram: ser do sexo feminino, idade maior de 70 anos, ter zero a quatro anos de estudo, ser insuficientemente ativo, ter bronquite ou asma, ter derrame ou acidente vascular cerebral ou isquemia cerebral, ter dependência leve ou moderada/grave e polifarmácia. *Conclusão:* A prevalência de incontinência urinária foi elevada nos idosos investigados, sendo que as variáveis sociodemográficas, e aquelas relacionadas aos hábitos de vida e às condições de saúde foram independentemente associadas a maior prevalência de incontinência urinária. O conhecimento dos fatores associados à incontinência urinária em idosos pode orientar as ações direcionadas à redução e prevenção deste importante problema que acomete a população mais idosa.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Idoso. Fatores de risco. Dados demográficos. Condições de saúde. Estilo de vida.

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil.

Autor correspondente: Larissa Pruner Marques. Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Trindade, s/n, CEP: 88040-900, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: larissapm_90@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Este artigo é originário do Projeto EPIFLORIPA 2009/2010 – Estudo Epidemiológico das Condições de Saúde dos Idosos de Florianópolis, Santa Catarina, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo número 569834/2008-2.

ABSTRACT: *Objective:* To determine the prevalence and factors associated with urinary incontinence in the elderly population of Florianópolis, in the State of Santa Catarina, Brazil. *Methods:* We used data from EpiFloripa Idoso 2009/2010 survey, a cross-sectional population-based study including 1,705 elderly of both the sexes. Poisson's regression (crude and adjusted analysis) was applied to verify the association between the urinary incontinence outcome and exploratory variables (sociodemographic, lifestyle, and health conditions). *Results:* Among the elderly, 29.4% reported urinary incontinence; 36.3% were women and 17.0% men. The factors associated with greater prevalence of urinary incontinence were being female, aged more than 70 years old, having 0 to 4 schooling years, being insufficiently active, having bronchitis or asthma, stroke or cerebral ischemia, presenting mild or moderate/severe dependence, and polypharmacy. *Conclusion:* The prevalence of urinary incontinence was high among the investigated elderly. Sociodemographic variables and those related to lifestyle and health conditions were associated with higher prevalence of urinary incontinence. Knowledge of the factors associated with urinary incontinence in aged individuals can guide actions to reduce and prevent this important issue, which affects the elderly.

Keywords: Urinary incontinence. Elderly. Risk factors. Demographic data. Health conditions. Life style.

INTRODUÇÃO

Incontinência urinária (IU) é definida pela *International Continence Society* como qualquer perda involuntária de urina. Pode ser classificada em IU de esforço, urgência, mista, paradoxal e total. A IU de esforço, conceituada como a perda involuntária de urina durante exercício físico, tosse ou espirro, é a mais frequente, já a de urgência caracteriza-se pela perda urinária acompanhada por um forte desejo de urinar. Quando estas ocorrem simultaneamente, denomina-se IU mista. A paradoxal acontece quando o volume de urina ultrapassa a capacidade vesical máxima e a total quando a perda é contínua¹.

Na literatura, a prevalência da IU em idosos varia de 2,5 a 60%²⁻⁵. Essa diferença é atribuída às divergências existentes do conceito de incontinência, às diferentes amostras populacionais e às variações na formulação dos instrumentos de coleta de dados⁶. Erroneamente, a IU pode ser considerada parte do processo natural de envelhecimento, uma vez que alterações no trato urinário predisõem sua ocorrência. Tal condição pode gerar constrangimento e tornar a convivência com a incontinência permanente. Além de afetar os aspectos físico, social, psicológico, ocupacional, doméstico e sexual do indivíduo, a IU leva ao isolamento e prejuízo da qualidade de vida^{7,8}.

Existem múltiplos fatores de risco para o desenvolvimento da IU, tais como idade avançada⁹, paridade, parto vaginal, queda dos níveis de estrogênio na menopausa, ser do sexo feminino, tratamento do câncer de próstata e incapacidades física e mental¹⁰.

Algumas doenças como acidente vascular cerebral (AVC), mal de Parkinson, diabetes melito e insuficiência cardíaca⁹, além de medicações e cirurgias, as quais são potencialmente capazes de provocar a diminuição do tônus muscular pélvico ou gerar danos nervosos, podem agravar ou levar à IU¹⁰.

Diversas são as possibilidades de tratamento, desde cirúrgico ou não. Entretanto, os custos são elevados. Nos Estados Unidos, em torno de US\$19,5 bilhões foram gastos com a IU.

Em 2000, destes, US\$5,3 bilhões foram realizados por residentes institucionalizados¹¹. No Brasil, pacientes do sexo feminino com IU despendem em média, do próprio bolso, R\$ 2.208,00, desde o início dos sintomas até o encaminhamento para tratamento. Nesse mesmo estudo, verificou-se o gasto de R\$ 165.347,76 pelo sistema de saúde para o diagnóstico e tratamento de 645 pacientes. Esses custos tendem a aumentar com o crescimento da população idosa e a predominância do sexo feminino¹².

A perda da continência urinária é um problema de saúde pública, além dos fatores citados que afetam a vida dos idosos, gerando gastos individuais e ao poder público. Ademais, a família tem despesas diárias, principalmente com fraldas ou outros dispositivos¹².

Considerando a importância do tema e como a IU pode afetar a vida e a saúde dos idosos, bem como gerar gastos em saúde pública, o estudo teve por objetivos determinar a prevalência de IU em uma amostra representativa da população idosa de Florianópolis, no Estado de Santa Catarina, e identificar fatores sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde associados a esta condição.

MÉTODOS

Este trabalho é parte do estudo observacional transversal de base populacional e domiciliar, denominado EpiFloripa Idoso, realizado com residentes da zona urbana de Florianópolis, com idade igual ou superior a 60 anos, em 2009¹³.

Os dados foram coletados no período de setembro de 2009 a junho de 2010 por meio de entrevistas individuais nos domicílios. Houve a participação de coordenadores, professores, pesquisadores, alunos de mestrado, doutorado e iniciação científica e entrevistadores. Estes passaram por treinamento, prova e uma entrevista supervisionada antes de integrar a equipe.

A seleção da amostra ocorreu por conglomerados, em dois estágios. As unidades do primeiro estágio foram os setores censitários. Os 420 setores urbanos de Florianópolis, de acordo com o Censo de 2000, foram organizados em ordem crescente de renda (R\$ 192,80 – R\$ 13.209,50), e 80 destes setores foram sorteados sistematicamente (oito em cada decil de renda).

As unidades do segundo estágio foram os domicílios. Uma etapa de atualização do número deles em cada setor (arrolamento) fez-se necessária, uma vez que o Censo mais recente havia sido realizado em 2000. Foram registrados apenas os endereços residenciais permanentemente ocupados.

O número de domicílios por setor variou de 61 a 725. A fim de diminuir o coeficiente de variação do número de domicílios por setor, de 52,7 (n = 80 setores) para 35,2% (n = 83 setores), realizou-se o agrupamento dos setores muito pequenos, levando-se em conta a localização geográfica e o decil de renda correspondente, assim como a divisão de setores muito grandes. Estimou-se que deveriam ser visitados 60 domicílios em cada um, para se encontrarem 20 idosos.

A estimativa do tamanho da amostra foi realizada para estudos de prevalência, com os seguintes parâmetros: tamanho da população de 44.460¹⁴, prevalência desconhecida (50%), erro amostral de quatro pontos percentuais, intervalo de 95% de confiança, efeito de delineamento de dois, acréscimo de 20% para eventuais perdas e recusas e 15% para estudos

de associação. Isso resultou em uma amostra mínima de 1.599 indivíduos. Os cálculos foram realizados por meio do programa Epi-Info 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention*, EUA). Todos os idosos residentes nos domicílios sorteados foram considerados elegíveis para o estudo, com isto a amostra foi ampliada para 1.911 sujeitos.

Não foram incluídos os idosos de instituições de longa permanência ou hospitais; que foram visitados até quatro vezes, incluindo finais de semana e à noite. Aqueles que não se encontraram foram considerados perdas e os que se negaram a responder, recusa.

O instrumento para coleta dos dados foi padronizado e testado previamente com 30 idosos, face a face. Os dados eram incluídos diretamente em dispositivos digitais portáteis (PDA) e, posteriormente, exportados para o programa Stata 12.0 (Stata Corporation, College Station, EUA).

O controle de qualidade foi realizado pela aplicação de um questionário reduzido via telefone em 10% dos idosos, sorteados aleatoriamente. A reprodutibilidade das questões apresentou concordância satisfatória com valores de *kappa* entre 0,6 a 0,9.

O presente artigo tem como variável dependente a IU, com base na pergunta “Acontece com o(a) Sr.(a) de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente; seja porque não deu tempo de chegar ao banheiro, ou quando está dormindo; ou quando tosse ou espirra, ou faz força?”, como opções, respostas positiva ou negativa.

As variáveis independentes foram: sociodemográficas, sexo (masculino ou feminino), faixa etária (60 a 69, 70 a 79 ou 80 anos ou mais), escolaridade (sem escolaridade formal, 1 a 4, 5 a 8, 9 a 11 ou 12 ou mais anos de estudo); saúde e hábitos de vida, como autopercepção de saúde (muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim), tabagismo (não, fumou e parou ou fuma atualmente), estado nutricional (baixo peso, peso adequado, sobrepeso), atividade física de lazer e deslocamento (insuficientemente ativos e fisicamente ativos); morbidades autorreferidas, como a presença de diabetes melito, bronquite ou asma, hipertensão, doenças cardiovasculares, derrame ou AVC ou isquemia cerebral, além de déficit cognitivo (sim ou não), presença de sintomas depressivos (sim ou não), grau de dependência (ausente, leve a moderada, grave) e uso de polifarmácia (sim ou não).

O estado nutricional foi calculado por meio do índice de massa corporal (IMC). As medidas foram aferidas durante a entrevista e o resultado da massa corporal em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado foi classificado conforme a Vigilância Alimentar e Nutricional, em 2011¹⁵. Os pontos de corte estabelecidos para os idosos receberem o diagnóstico nutricional de baixo peso foram $IMC \leq 22 \text{ kg/m}^2$, peso adequado quando > 22 e $< 27 \text{ kg/m}^2$ e sobrepeso quando $\geq 27 \text{ kg/m}^2$.

A atividade física foi mensurada por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)¹⁶, sendo que idosos que relataram 150 minutos ou mais por semana foram considerados fisicamente ativos e os que praticavam menos de 150 minutos por semana, insuficientemente ativos no domínio lazer e deslocamento.

A deficiência cognitiva foi avaliada pelo Miniexame do Estado Mental de Folstein (MEEM), utilizando o nível de escolaridade para a definição dos pontos de corte para provável déficit cognitivo (sim ou não)¹⁷. A Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), em sua versão reduzida com 15 perguntas, foi empregada para avaliar a presença de sintomas depressivos, na qual indivíduos com seis ou mais pontos tinham eles¹⁸.

Para a avaliação do grau de dependência, utilizou-se a Escala das Atividades da Vida Diária (AVD) de BOMFAQ/OARS¹⁹, que avalia a capacidade funcional por meio de 15 perguntas sobre atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades da vida diária instrumentais (AVDI). A ausência de incapacidade foi considerada quando o idoso relatou que não apresenta dificuldade em nenhuma das AVDs, leve quando mostrou incapacidade/dificuldade para realizar entre uma a três atividades e moderada/grave, a incapacidade/dificuldade em quatro ou mais atividades.

Com relação à polifarmácia, considerou-se como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos nos últimos 30 dias²⁰.

Foi realizada estatística descritiva das variáveis da IU de acordo com a natureza das exposições. Para a análise bruta e ajustada, aplicou-se a regressão de Poisson²¹ para estimar as razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Na análise ajustada, utilizou-se um modelo hierárquico, em que, no primeiro nível, foram incluídas as variáveis demográficas e socioeconômicas, já as de hábitos de vida compuseram o segundo nível e, por fim, aquelas relacionadas às condições de saúde, mais proximal ao desfecho. A entrada das variáveis no modelo ajustado foi feita por estes níveis, incluídas as que apresentaram $p < 0,20$ e mantidas todas aquelas que apresentaram $p < 0,05$. A análise dos dados foi realizada no programa estatístico Stata 12.0 (Stata Corporation, College Station, EUA), considerando o efeito do desenho amostral por conglomerados e incorporando os pesos amostrais.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob protocolo 352/2008, em 23 de dezembro de 2008, e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob processo número 569834/2008-2.

RESULTADOS

Do total de idosos elegíveis ($n = 1.911$), 1.705 foram entrevistados, sendo a taxa de resposta de 89%. A média de idade dos entrevistados foi de 71 anos (mediana: 69 anos), variando de 60 a 104 anos, e mais da metade era do sexo feminino.

Grande parte dos idosos apresentava de um a quatro anos de estudo e mais de 60% reportaram nunca terem fumado. Quase metade foi considerado insuficientemente ativo. Grande parte relatou dificuldade/dependência em uma ou mais AVDs, apresentou desempenho cognitivo normal e não teve sintomas depressivos. Dentre as morbidades autorreferidas, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica. Ainda, a maior parte dos idosos apresentou sobrepeso/obesidade, não fazia uso de polifarmácia e relatou uma percepção de saúde muito boa ou boa. A Tabela 1 inclui a descrição da amostra.

Entre os entrevistados, 1.700 responderam à pergunta de IU, totalizando um percentual de 99,7 de respondentes. A prevalência de IU encontrada foi de 29,4% ($n = 499$ idosos; IC95% 27,2 – 31,5), 36,3% entre o sexo feminino e 17,0% no masculino; 45,1% nos idosos maiores de 80 anos e 40,3% entre aqueles sem escolaridade (Tabela 1).

Observou-se ainda idosos que não tinham o hábito de fumar, insuficientemente ativos, com nível de dependência moderada/grave ou deficiência cognitiva os quais apresentaram maior prevalência de IU (Tabela 1).

Tabela 1. Análise descritiva, bivariada, bruta e ajustada da incontinência urinária segundo dados de idosos, Florianópolis, Santa Catarina (2009/2010).

Variável	n (%)	Prevalência de IU (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Valor p	RP ajustada* (IC95%)
Sexo (n = 1.705)					
Masculino	616 (36,1)	17,0 (14,0 – 19,9)	1,00	<0,001	1,00
Feminino	1.089 (63,9)	36,3 (33,5 – 39,2)	2,21 (1,72 – 2,83)		2,05 (1,59 – 2,66)
Faixa etária (n = 1.705)					
60 a 69 anos	854 (50,1)	21,7 (18,9 – 24,5)	1,00	<0,001	1,00
70 a 79 anos	612 (35,9)	33,9 (30,2 – 37,7)	1,67 (1,32 – 2,11)		1,53 (1,23 – 1,91)
80 anos ou mais	239 (14,0)	45,1 (38,8 – 51,5)	1,92 (1,51 – 2,46)		1,70 (1,29 – 2,22)
Escolaridade (n = 1.694)					
12 anos ou mais	394 (23,3)	19,8 (15,8 – 23,7)	1,00	<0,001	1,00
9 a 11 anos	234 (13,8)	25,6 (20,0 – 31,3)	1,07 (0,67 – 1,71)		0,89 (0,56 – 1,42)
5 a 8 anos	321 (18,9)	30,6 (25,5 – 35,7)	1,50 (1,10 – 2,05)		1,22 (0,89 – 1,68)
1 a 4	584 (34,5)	33,3 (29,5 – 37,1)	1,68 (1,28 – 2,19)		1,38 (1,03 – 1,84)
0 anos	161 (9,5)	40,3 (32,8 – 48,0)	2,36 (1,63 – 3,43)		1,73 (1,14 – 2,64)
Tabagismo (n = 1.703)					
Nunca fumou	1.039 (61,0)	32,2 (29,4 – 35,1)	1,54 (1,03 – 2,30)	0,070	1,10 (0,71 – 1,17)
Fumou e parou	523 (30,7)	25,3 (21,5 – 29,0)	1,24 (0,87 – 1,77)		1,20 (0,77 – 1,84)
Fuma atualmente	141 (8,3)	22,7 (15,7 – 29,7)	1,00		1,00
Atividade física¹ (n = 1.705)					
Fisicamente ativo	868 (50,9)	22,3 (19,5 – 25,0)	1,00	<0,001	1,00
Insuficientemente ativo	837 (49,1)	36,7 (33,5 – 40,0)	1,66 (1,39 – 1,98)		1,25 (1,04 – 1,49)
Dependência (n = 1.705)					
Ausente	458 (26,9)	15,7 (12,4 – 19,1)	1,00	<0,001	1,00
Leve	709 (41,6)	24,3 (21,1 – 27,4)	1,69 (1,20 – 2,38)		1,43 (1,03 – 1,99)
Moderada/grave	538 (31,6)	47,8 (43,6 – 52,1)	3,23 (2,43 – 4,31)		1,93 (1,39 – 2,68)
Deficiência cognitiva (n = 1.692)					
Não	880 (52,0)	24,9 (22,0 – 27,8)	1,00	<0,001	1,00
Sim	812 (48,0)	33,8 (30,6 – 37,1)	1,39 (1,16 – 1,66)		1,07 (0,88 – 1,30)
Sintomas depressivos (GDS) (n = 1.635)					
Não	1.410 (86,2)	26,1 (23,8 – 28,4)	1,00	<0,001	1,00
Sim	225 (13,8)	45,1 (38,5 – 51,7)	1,71 (1,33 – 2,20)		1,03 (0,83 – 1,28)

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variável	n (%)	Prevalência de IU (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Valor p	RP ajustada* (IC95%)
Diabetes (n = 1.705)					
Não	1.329 (77,9)	26,9 (24,6 – 29,3)	1,00	0,001	1,00
Sim	376 (22,1)	37,9 (32,9 – 42,8)	1,41 (1,16 – 1,73)		1,10 (0,89 – 1,37)
Bronquite ou asma (n = 1.705)					
Não	1.437 (84,3)	27,2 (24,9 – 29,5)	1,00	<0,001	1,00
Sim	268 (15,7)	40,7 (34,8 – 46,6)	1,67 (1,32 – 2,11)		1,38 (1,09 – 1,75)
Hipertensão (n = 1.705)					
Não	698 (40,9)	23,8 (20,6 – 26,9)	1,00	<0,001	1,00
Sim	1.007 (59,1)	33,2 (30,3 – 36,2)	1,46 (1,22 – 1,75)		0,95 (0,76 – 1,17)
Doenças cardiovasculares (n = 1.705)					
Não	1.227 (72,0)	27,1 (24,6 – 29,6)	1,00	<0,001	1,00
Sim	478 (28,0)	35,1 (30,8 – 39,4)	1,36 (1,15 – 1,61)		0,93 (0,75 – 1,17)
Derrame, AVC ou isquemia cerebral (n = 1.704)					
Não	1.553 (91,1)	27,6 (25,4 – 29,8)	1,00	<0,001	1,00
Sim	151 (8,9)	47,6 (39,5 – 55,8)	1,94 (1,52 – 2,50)		1,46 (1,13 – 1,90)
Estado nutricional (n = 164)					
Baixo peso	141 (8,6)	23,4 (16,3 – 30,5)	1,00	0,017	1,00
Peso adequado	637 (38,7)	24,9 (21,6 – 28,3)	1,02 (0,76 – 1,36)		1,25 (0,90 – 1,73)
Sobrepeso	868 (52,7)	31,8 (28,7 – 34,9)	1,30 (0,97 – 1,72)		1,34 (0,95 – 1,89)
Polifarmácia (n = 1.705)					
Não	932 (54,7)	20,0 (17,4 – 22,6)	1,00	<0,001	1,00
Sim	773 (45,3)	40,6 (37,2 – 44,1)	1,92 (1,63 – 2,26)		1,29 (1,04 – 1,60)
Autopercepção de saúde (n = 1.681)					
Muito boa/boa	860 (51,2)	22,5 (19,7 – 25,3)	1,00	<0,001	1,00
Regular	646 (38,4)	32,2 (28,6 – 35,8)	1,51 (1,24 – 1,84)		1,00 (0,80 – 1,24)
Ruim/muito ruim	175 (10,4)	48,3 (40,8 – 55,8)	2,24 (1,77 – 2,84)		1,05 (0,78 – 1,42)

*nível 2 ajustado por sexo, faixa etária e escolaridade; nível 3 ajustado pelas variáveis do modelo 1 e atividade física; †lazer e deslocamento.

AVC: acidente vascular cerebral; IU: incontinência urinária; RP: razão de prevalência.

A prevalência de IU também foi superior nos sujeitos identificados com sintomas depressivos, os quais reportaram diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doenças cardiovasculares e derrame ou AVC ou isquemia cerebral. A IU também foi mais prevalente nos idosos com sobrepeso, polifarmácia ou que avaliaram sua saúde como ruim/ muito ruim (Tabela 1).

Na análise bruta, notou-se que a IU foi significativamente associada com ser do sexo feminino, ter 80 anos ou mais, nenhuma escolaridade, ser insuficientemente ativo, possuir dependência moderada/ grave, ter deficiência cognitiva, apresentar sintomas depressivos, ter diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doenças cardiovasculares, derrame ou AVC ou isquemia cerebral, sobrepeso, fazer uso de polifarmácia e autopercepção de saúde ruim/ muito ruim (Tabela 1).

Na análise ajustada, as variáveis que permaneceram associadas ao desfecho foram sexo, faixa etária, escolaridade, atividade física, capacidade funcional, ter bronquite ou asma, derrame ou AVC ou isquemia cerebral e polifarmácia. Ser do sexo feminino aumentou duas vezes a prevalência da IU. Idosos de 70 a 79 anos e aqueles de 80 anos ou mais apresentaram prevalência 53 e 70% maior de IU, respectivamente. Indivíduos que reportaram bronquite ou asma, assim como aqueles que relataram derrame ou AVC ou isquemia cerebral tiveram uma prevalência 36 e 48% maior de IU. Da mesma forma, ela foi 43% maior em idosos com dependência leve e quase duas vezes superior naqueles com nível de dependência moderada/ grave. Ainda, os participantes que faziam uso de polifarmácia tiveram prevalência 29% maior do desfecho (Tabela 1).

DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se que a prevalência de IU (29,4%) esteve associada ao sexo feminino, aumento da idade, menor escolaridade, ser insuficientemente ativo, apresentar incapacidade leve a grave, ter bronquite ou asma, derrame ou AVC ou isquemia cerebral e uso de polifarmácia.

A prevalência de IU encontrada corrobora a literatura^{2,4}. De acordo com um inquérito realizado no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul⁵, com 479 idosos, 24% têm perda urinária. Já em um estudo realizado na cidade de Uberaba, Minas Gerais, dentre os 2.142 idosos investigados, 11% relataram ter IU². A diferença entre as prevalências encontradas pode ser atribuída às distintas abordagens utilizadas com relação a forma de diagnosticar a IU (autorreferência ou exame clínico) e o tamanho da amostra⁶.

A prevalência de IU entre os sexos, no estudo realizado em Porto Alegre, foi maior nas mulheres (56,4%) do que entre os homens (28,8%)⁵. Em Uberaba, entre os que relataram ter IU, 69,5% eram mulheres e 30,5% homens². Portanto, em ambas investigações, o sexo feminino aparece como o mais acometido, cujos resultados são similares ao da presente investigação.

A literatura aponta que a maior prevalência de IU nas mulheres ocorre devido à diferença do comprimento da uretra entre os sexos feminino e masculino, a anatomia do assoalho pélvico, os efeitos da gestação e parto nos mecanismos de continência e as mudanças hormonais, caracterizadas pelo esgotamento dos folículos ovarianos e hipoestrogenismo progressivo^{4,22}. Viegas et al.⁵ afirmam que a proporção de mulheres incontinentes é maior em praticamente todos os estudos e explica a possibilidade das diferenças étnicas e metodológicas pela menor prevalência descrita em alguns estudos.

A faixa etária mais atingida dentre a população idosa, para Araújo et al.²³, foi de 60 a 69 anos. Já no estudo de Bolina et al.², a maior prevalência de IU foi entre 70 a 80 anos. No presente estudo, os idosos com idade maior ou igual 70 anos tiveram maior prevalência de IU, mais de 50%. Apesar dos idosos serem os mais acometidos pela IU, há divergência entre os estudos quanto à faixa etária específica.

Segundo Araújo et al.²³, a IU aumenta com a idade. A associação entre envelhecimento e a IU pode ser parcialmente explicada pelas alterações ultraestruturais no músculo detrusor, tais como o desenvolvimento de fibrose e a hipersensibilidade à norepinefrina, os quais ocasionam contrações involuntárias deste músculo²⁴.

No presente estudo, a menor escolaridade (0 e 1 a 4 anos de estudo) esteve associada com a maior prevalência da IU. Da mesma forma aconteceu na literatura^{4,23}, na qual Bolina et al.² apontaram que a ausência de escolaridade relacionou-se a 83% de maiores chances de ter IU. O menor acesso à informação pode reforçar o entendimento que a IU é consequência natural do envelhecimento, além de mostrar uma desigualdade, no qual há dificuldade do acesso a medidas preventivas e terapêuticas da IU^{7,25}.

Com relação à atividade física, um estudo realizado em Florianópolis, com 39 mulheres com 60 anos ou mais, identificou a tendência de idosas não praticantes de atividade física regular apresentarem IU de urgência²⁶. Outros estudos^{3,27} encontraram associação entre a prática de exercícios físicos e as menores taxas de IU. Na presente investigação, a prática insuficiente de atividades foi associada a maior prevalência de IU em 25%, o que vai ao encontro das investigações citadas.

A prática de atividade física age positivamente no mecanismo da continência, pois o exercício tem forte influência na manutenção do peso corporal e prevenção da obesidade, visto que a adiposidade pode causar elevação crônica da pressão intra-abdominal e enfraquecer as estruturas de suporte pélvico²⁸. Além disso, o treinamento de força pode aumentar o volume dos músculos do assoalho pélvico, tornando-os capazes de se contrair em determinados momentos durante o aumento da pressão intra-abdominal. Outro apontamento é que idosos mais ativos têm condições físicas melhores para dirigir-se até o banheiro, antes da ocorrência da perda urinária³.

Entretanto, aponta-se também que a prática de atividade física é um fator de risco para o desenvolvimento da IU em mulheres, principalmente durante os esforços, devido ao aumento da força de reação do solo e, conseqüentemente, da pressão abdominal, exercendo influência sobre os músculos do assoalho pélvico^{29,30}.

Apesar dessas divergências, no caso dos idosos, Bø³⁰ justifica o cunho recreativo da maioria das ginásticas para idosos (85,7%), portanto, a prática de atividades físicas parece ser um fator protetor para o desenvolvimento da doença.

Frente ao nível de dependência dos idosos e em consonância com os resultados apresentados pelo estudo multicêntrico SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento)⁴, realizado com 2.143 idosos, em São Paulo, a capacidade funcional também foi apontada como um fator associado à IU. Quanto maior a dependência que o idoso apresenta, maior a prevalência da incontinência, o que pode piorar com o envelhecimento.

Com relação às comorbidades abordadas, ter sido diagnosticado ou estar com bronquite/asma indicou, no modelo ajustado, uma prevalência 38% maior de ter IU em relação aos não

portadores da doença. Segundo a literatura, problemas respiratórios podem estar relacionados com o risco de IU, em decorrência de eventos como tosse crônica ou espirros que elevam a pressão intra-abdominal e podem causar danos ao assoalho pélvico³¹.

Em um estudo de base populacional realizado com 5.506 residentes de Boston (Estados Unidos), entre 30 e 79 anos, identificou-se que homens e mulheres com asma apresentam duas vezes a possibilidade de ter perda urinária³². Entretanto, no trabalho de Minassian, Stewart e Wood³³, com 2.875 mulheres, com idades acima de 20 anos, a asma não foi associada à IU na análise ajustada.

Outra doença também associada foi o derrame, AVC ou isquemia cerebral, o que está em consonância com os resultados apresentados e o mesmo foi encontrado no estudo SABE⁴. Tal associação pode ser explicada pela lesão cerebral ocasionada pela doença, e apesar de estudos^{34,35} relacionarem os sintomas urinários ao local afetado (lobo frontal ou temporal), enfatiza-se que a extensão afetada é mais importante do que o local em si e somente o lobo occipital parece não ter relação com a IU³⁶.

Estima-se que a maioria dos idosos utiliza, pelo menos, um medicamento, e cerca de um terço deles consome cinco ou mais simultaneamente³⁷. Muitos desses podem causar aumento da frequência urinária. A polifarmácia, no presente estudo, aumentou em 27% a prevalência do desfecho. Alguns dos medicamentos que podem favorecer o aparecimento da IU são: sedativos e hipnóticos de longa duração (incontinência funcional), opiáceos (relaxamento da bexiga), antidepressivos, anestésicos, simpaticomiméticos e parassimpaticolíticos, diuréticos de alça (aumento da frequência urinária), drogas bloqueadoras dos receptores alfa-adrenérgicos (diminuição do tônus do esfíncter contribuindo para IU de esforço), bloqueadores do canal de cálcio (relaxamento da bexiga levando à retenção), inibidores da enzima conversora da angiotensina (tosse precipitando IU de esforço), entre outros^{9,37-39}.

O profissional de saúde desempenha um papel fundamental no reconhecimento precoce de tais fatores associados à IU. A relação bem estabelecida com os idosos pode favorecer esse processo e portanto haver a identificação do tipo de incontinência e tratamento imediato. Da mesma forma, familiares e cuidadores devem estar atentos a sinais de perda urinária, otimizar a mobilidade dos idosos ao banheiro e auxiliar nesse processo que afeta a qualidade de vida deles⁴⁰.

As principais limitações deste trabalho foram: método de identificação da IU autorreferida e não diagnóstico clínico; abordagem da IU somente por meio de uma pergunta; assim como o tipo de estudo, transversal, que impossibilita a ordem de causalidade entre as variáveis e pode ter reduzido a prevalência de IU. Em contrapartida, o percentual de resposta e o fato de a amostra ser derivada de um estudo de base populacional da cidade de Florianópolis aumentam a relevância do trabalho.

Assim, tais achados têm importantes implicações para as políticas públicas direcionadas à prevenção e redução da IU na população idosa, buscando a promoção prévia do tratamento e amenizando as consequências causadas. Além disso, é necessário o uso de estratégias para o autocuidado, a promoção da prática de atividade física regular, estar atento aos efeitos farmacológicos dos medicamentos prescritos e promover atividades que melhorem a capacidade funcional dos idosos.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram que as características sociodemográficas e aquelas relacionadas aos hábitos de vida e às condições de saúde foram significativamente associadas com a IU em idosos de Florianópolis. Também apresentou que participantes do sexo feminino, com menor escolaridade, insuficientemente ativos, com determinadas doenças crônicas, fazendo uso de polifarmácia e que tinham algum grau de dependência funcional apresentaram maiores prevalências da IU.

O conhecimento dos fatores associados é fundamental para o melhor entendimento desta comorbidade, principalmente pelo fato de a IU ser sub-relatada, haver a falta de conhecimento sobre a existência de tratamento e ser encarada como parte do processo natural do envelhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Carrara T, Araujo MS, Kinequita SS, Nascimento DS, Aldrighi JM. Avaliação do nível de orientação das mulheres no climatério sobre o papel da fisioterapia na prevenção e no tratamento da incontinência urinária. *Rev Bras Cienc Envelhecimento Hum* 2012; 9(2): 171-9.
2. Bolina AF, Dias FA, Santos NM, Tavares DM. Incontinência urinária autorreferida em idosos e seus fatores associados. *Rev Rene* 2013; 14(2): 354-63.
3. Morrisroe SN, Rodriguez LV, Wang PC, Smith AL, Trejo L, Sarkisian AC. Correlates of 1-year incidence of urinary incontinence in older Latino adults enrolled in a community-based physical activity trial. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62(4): 740-6.
4. Tamanini JT, Lebrão ML, Duarte YA, Santos JL, Rui L. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad Saúde Pública* 2009; 25(8): 1756-62.
5. Viegas K, Welfer M, Lucho GD, Souza CC, Santos BR, Melo DA, et al. Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. *Rev Cienc Saúde* 2009; 2(2): 50-7.
6. Anger JT, Saigal CS, Litwin MS; Urologic Diseases of America Project. The prevalence of urinary incontinence among community dwelling adult women: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol* 2006; 175(2): 2103-8.
7. Blanes L, Pinto RC, Santos VL. Urinary incontinence knowledge and attitudes in São Paulo. *Ostomy Wound Manage* 2001; 47(12): 43-51.
8. Honório MO, Santos SM. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(1): 51-6.
9. Reis RB, Cologna AJ, Martins AC, Tucci Jr S, Suaid HJ. Incontinência urinária no idoso. *Acta Cir Bras* 2003; 18(5): 47-51.
10. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DM, Monteiro MV. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública. *Rev Bras Fisioter* 2008; 12(2): 136-42.
11. Hu TW, Wagner TH, Bentkover JD, Leblanc K, Zhou SZ, Hunt T. Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. *Urology* 2004; 63(3): 461-5.
12. Araújo GT. O custo da incontinência urinária no Brasil: experiência do serviço de Uroginecologia da UNIFESP [dissertação de mestrado]. São Paulo: Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2009.
13. Universidade Federal de Santa Catarina. EpiFloripa: condições de saúde de adultos e idosos de Florianópolis. Florianópolis; 2009. Disponível em: <http://www.epifloripa.ufsc.br/> (Acessado em 2 de outubro de 2014).
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais residentes, em 1º de julho de 2009, segundo os municípios. Brasília; 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf (Acessado em 30 de janeiro de 2014).

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
16. Benedetti TR, Mazo GZ, Barros MV. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Rev Bras Cienc Mov* 2004; 12(1): 25-34.
17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3): 189-98.
18. Paradelá EM, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6): 918-23.
19. Rosa TE, Benício MH, Latorre MR, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(1): 40-8.
20. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(1): 136-40.
21. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3: 21.
22. Carrara T, Araujo MS, Kinequita SS, Nascimento DS, Aldrighi JM. Avaliação do nível de orientação das mulheres no climatério sobre o papel da fisioterapia na prevenção e no tratamento da incontinência urinária. *Rev Bras Cienc Env* 2012; 9(2): 171-9.
23. Araújo LF, Teles MA, Nascimento WD, Siqueira LG, Gusmão MS. Incontinência urinária em idosos. *Rev Min Educ Fis* 2010; 5: 167-76.
24. Solano JP, Scazufca M, Menezes PR. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(1): 75-85.
25. Busato Jr WF, Mendes FM. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: relação com mobilidade e função cognitiva. *Arq Catarin Med* 2007; 36(4): 49-55.
26. Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC. Incontinência urinária e função muscular perineal em idosas praticantes e não-praticantes de atividade física regular. *Rev Bras Fisioter* 2011; 15(4): 310-7.
27. 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.
28. Townsend MK, Danforth KN, Rosner B, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Physical activity and incident urinary incontinence in middle-aged women. *J Urol* 2008; 179(3): 1012-7.
29. Ree ML, Nygaard I, Bø K. Muscular fatigue in the pelvic floor muscles after strenuous physical activity. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86(7): 870-6.
30. Bø K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports Med* 2004; 34(7): 451-64.
31. Tennstedt SL, Link CL, Steers WD, McKinlay JB. Prevalence of and risk factors for urine leakage in a racially and ethnically diverse population of adults: the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Am J Epidemiol* 2008; 167(4): 390-9.
32. Bø K, Borgen JS. Prevalence of stress and urge urinary incontinence in elite athletes and controls. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33(11): 1797-802.
33. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet Gynecol* 2008; 111(2 Pt 1): 324-31.
34. Burney TL, Senapati M, Desai S, Choudhary ST, Badlani GH. Effects of cerebrovascular accident on micturition. *Urol Clin North Am* 1996; 23(3): 483-90.
35. Oostra K, Everaert K, Van Laere M. Urinary incontinence in brain injury. *Brain Inj* 1995; 10: 459-64.
36. Brittain KR, Peet SM, Castleden CM. Stroke and incontinence. *Stroke* 1998; 29(2): 524-8.
37. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 717-24.
38. Frank C, Szlanta A. Office management of urinary incontinence among older patients. *Can Fam Physician* 2010; 56(11): 1115-20.
39. Higa R, Lopes MH, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1): 187-92.
40. Silva VA, Elboux MJ. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(2): 338-47.

Recebido em: 22/04/2014

Versão final apresentada em: 14/10/2014

Aceito em: 07/11/2014