

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KAMYLA FÉLIX OLIVEIRA DOS SANTOS

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

JOÃO PESSOA

2013

KAMYLA FÉLIX OLIVEIRA DOS SANTOS

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Dissertação vinculada à linha de pesquisa Enfermagem e Saúde no Cuidado ao o Adulto e Idoso, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr^a Maria das Graças Melo Fernandes

JOÃO PESSOA

2013

S237q Santos, Kamyla Félix Oliveira dos.
Qualidade de vida de idosas com incontinência urinária /
Kamyla Félix Oliveira dos Santos. -- João Pessoa, 2013.
116f. : il.
Orientadora: Maria das Graças Melo Fernandes
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS
1. Enfermagem. 2. Idosas - incontinência urinária -
qualidade de vida. 3. Centro de Atenção Integral ao Idoso –
João Pessoa(PB).

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

KAMYLA FÉLIX OLIVEIRA DOS SANTOS

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Aprovado em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria das Graças Melo Fernandes – Orientadora /UFPB

Prof^a Dr^a Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues – Membro efetivo/USP

Prof^a Dr^a Maria Miriam Lima da Nóbrega – Membro efetivo /UFPB

Prof.^a Dr.^a Maria Sueli Marques – Membro Suplente/USP

Prof.^a Dr.^a Maria Emília Limeira Lopes – Membro Suplente/UFPB

JOÃO PESSOA

2013

Aos meus pais, Trajano e Socorro, meus exemplos de vida que, com muita sabedoria, jamais mediram esforços ou se importaram com os sacrifícios para ajudar na minha formação profissional e humana.

Ao meu querido esposo, Francisco Guilherme, com amor e gratidão, por sua compreensão, carinho e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho. Por dividir comigo lindos momentos de alegria e de sonhos.

Ao meu filho, João Guilherme, minha razão de viver! DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus, porto seguro e amigo fiel que, em todos os momentos, esteve presente na minha caminhada, me fortalecendo na busca pela concretização dos meus sonhos.

Aos meus pais, pela confiança depositada em mim e por todo o imensurável amor e dedicação. Vocês representam o maior dos presentes de Deus em minha vida.

As minhas irmãs, Klenia e Klivia, essa conquista não seria possível sem a ajuda de vocês. Nos momentos mais difíceis, vocês estiveram ao meu lado, incentivando-me e ajudando-me. Tenho certeza de que um dia irei recompensar todo esse apoio que recebi.

À Universidade Federal da Paraíba (UFPB), instituição que me acolheu, de forma gratuita, e me disponibilizou todas as instalações, professores e funcionários, necessários para realização deste trabalho.

À Profª. Drª. Maria das Graças Melo Fernandes, minha querida orientadora, por ter acreditado em mim, pela paciência, pelo conhecimento transmitido, pela disposição em me ouvir e construir. Serei eternamente grata pelo investimento em meu crescimento profissional e, principalmente, pessoal, ao longo dessa jornada. Tenho uma admiração imensa pelo exemplo de ser humano que você é!

À Banca Examinadora, por aceitar, junto comigo, elaborar este trabalho, pelas valiosas contribuições, fundamentais para a sua finalização e disseminação.

À Dr^a. Norma Sueli Dias de Queiroz, diretora do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), em nome dos demais funcionários, por ter me orientado e colaborado no processo de seleção dos pacientes para entrevista, etapa de extrema importância para o estudo. Agradeço por me receberem sempre com tanto carinho.

Às idosas incontinentes, que permitiram que eu adentrasse as informações de suas vidas e se dispuseram a responder a um extenso questionário. Vocês me deram a oportunidade de aprender sobre a incontinência urinária, compreender sua realidade e me envolver, acreditando que o trabalho com atenção e amor ajuda no processo de seu tratamento.

Serei eternamente grata também as minhas queridas entrevistadoras, Mahyra, Marília e Karla Naraiane que, com boa vontade, esforço e competência, partilharam as dificuldades práticas envolvidas na realização deste trabalho.

A todos os colegas, funcionários e professores do Departamento da Pós-graduação em Enfermagem, pelo agradável convívio e aprendizado, o meu eterno agradecimento.

Ao Professor Joab de Oliveira Lima, por sua competência, paciência e valiosa contribuição para o tratamento dos dados estatísticos.

A todos da família FCM, em especial, as minhas amigas Isabelle Costa, Cristiani Garrido, Viña-De-Mar e Jael Rúbia, por dividirem comigo momentos de angústias e alegrias, pela motivação e ajuda durante a construção deste trabalho.

Aos amigos de profissão do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), que compreenderam, por várias vezes, as minhas ausências e angústias para a concretização deste sonho.

A todos vocês, meus amados, que, direta ou indiretamente, contribuíram para a construção deste trabalho. Muito obrigada!

“Ser feliz não é um acaso do destino, mas uma conquista existencial. Ser feliz não é ter uma vida perfeita, é reconhecer que vale a pena viver, apesar de todos os desafios, é deixar de ser vítima dos problemas e tornar autor da sua própria história [...]” (AUGUSTO CURY)

RESUMO

SANTOS, K. F. O. **Qualidade de vida de idosas com incontinência urinária.** 2013. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Atenção em Saúde) – Centro de Ciências em Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

Introdução: No contexto do envelhecimento, doenças para as quais a própria idade é fator de risco, a exemplo da incontinência urinária, tendem a assumir dimensões epidêmicas. A incontinência urinária é uma condição clínica que pode comprometer diferentes dimensões da pessoa e, por essa razão, avaliar suas repercussões sobre a qualidade de vida de mulheres idosas, mais frequentemente, acometidas pelo problema, é relevante. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de idosas com incontinência urinária. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo de natureza epidemiológica, descritivo, exploratório, transversal, realizado com a população de mulheres idosas, com 60 anos ou mais, atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso de João Pessoa, Paraíba. A amostra foi constituída por 194 idosas, atendidas no referido serviço, nas especialidades de geriatria e ginecologia, que autorreferiram incontinência urinária. A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2012, utilizando a técnica de entrevista estruturada, com variáveis sociodemográficas e clínicas, além do *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF) e do *King's Health Questionnaire* (KHQ), utilizados para mensurar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres investigadas. Após a coleta das informações, estas foram digitadas e organizadas em um banco de dados informatizado por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0, para facilitar seu tratamento estatístico. **Resultados:** Constatou-se maior percentual de idosas jovens, com média de idade de 70,62 anos; viúvas (39,7%); baixa escolaridade (52,6%); e renda de até dois salários-mínimos (79,4%). Em relação às características clínicas, as morbidades mais evidenciadas foram: hipertensão arterial (87,2%) e osteoporose (34,8%), sendo frequentes as comorbidades e o uso de medicamentos (92,3%), destacando-se os anti-hipertensivos (63,7%). A minoria das idosas tinha o hábito de fumar (7,2%), e a maioria (82%) não procurava assistência para o manejo da incontinência urinária. O tipo mais frequente foi a incontinência urinária de urgência. Considerando o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das idosas, mensurado a partir do ICIQ-SF, obteve-se um escore médio de 10,22, classificado como impacto muito grave. Identificou-se que a incontinência urinária de esforço e a incontinência urinária mista apresentaram relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Tomando por base os resultados obtidos por meio do KHQ, verificou-se, também, que a incontinência urinária exerceu influência negativa na qualidade de vida das entrevistadas, nos domínios da saúde geral, impacto da incontinência, medidas de gravidade e emoções. **Conclusão:** A incontinência urinária, especialmente a de urgência, teve impacto negativo na qualidade de vida das idosas. Os resultados reforçam a necessidade de os profissionais de saúde abordarem adequadamente esse problema, e de os serviços de saúde preocuparem-se em organizar equipes multidisciplinares capacitadas para atender às mulheres portadoras de incontinência urinária, no sentido de orientá-las e oferecer-lhes condições de atendimento acolhedor e individualizado.

Descritores: Qualidade de vida. Idosos. Incontinência urinária. Enfermagem.

ABSTRACT

SANTOS, K.F.O. **Quality of life of elderly women with urinary incontinence.** 2013. 116f. Dissertation (Master's in Nursing in Health Care) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2013.

Introduction: In the context of aging, diseases for which age itself is a risk factor, such as urinary incontinence, tend to assume epidemic dimensions. Urinary incontinence is a clinical condition which may compromise different dimensions of the person and, thus, evaluating its impacts on the quality of life of elderly women, most frequently affected by the problem, becomes relevant. **Objective:** Evaluate the quality of life of elderly women with urinary incontinence. **Materials and methods:** This is a study with an epidemiological nature, descriptive, exploratory, cross-sectional, conducted along with the population of elderly women, aged 60 years or older, assisted at the Center for Integral Health Care for the Elderly Person in Joao Pessoa, Paraiba, Brazil. The sample consisted of 194 elderly women, assisted at the service concerned in the specialties of geriatrics and gynecology, who reported urinary incontinence by themselves. Data collection was conducted within the period from June to August 2012, using the structured interview technique with sociodemographic and clinical variables, besides the *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF) and the *King's Health Questionnaire* (KHQ), used for measuring the impact of urinary incontinence on the quality of life of the surveyed women. After collecting the information, they were typed and organized into a computerized database through the software *Statistical Package for the Social Sciences*, version 20.0, to facilitate its statistical approach. **Results:** One found out a higher percentage of young elderly women, with a mean age of 70.62 years; widows (39.7%); low education (52.6%); and an income up to 2 minimum wages (79.4%). Regarding the clinical features, the most frequently observed morbidities were: arterial hypertension (87.2%) and osteoporosis (34.8%), being frequent the comorbidities and the use of medicines (92.3%), standing out the antihypertensive agents (63.7%). A minority of the women had the habit of smoking (7.2%) and most of them (82%) didn't seek assistance for the management of urinary incontinence. The most common type was the urge urinary incontinence. Taking into account the impact of urinary incontinence on the quality of life of the elderly women, measured through the ICIQ-SF, one obtained a mean score of 10.22, classified as very severe impact. One identified that the stress urinary incontinence and mixed urinary incontinence showed a statistically significant relation ($p < 0.001$). Based on the results obtained through KHQ, one also found out that the urinary incontinence exerted a negative influence on the quality of life of respondents in the domains of general health, incontinence impact, severity measures, and emotions. **Conclusion:** One concludes that urinary incontinence, especially the urge, had a negative impact on the quality of life of the elderly women. The results reinforce the need for health professionals adequately addressing this problem and, also, for health services concerning themselves in organizing multidisciplinary teams trained to care for women with urinary incontinence, in order to guide them and offer conditions for an embracing and individualized care.

Descriptors: Quality of life. Elderly people. Urinary incontinence. Nursing.

RESUMEN

SANTOS, K.F.O. dos. Calidad de vida de las adultas mayores con incontinencia urinaria. 2013. 116p. Tesis (Maestría en Enfermería en Atención en Salud) – Centro de Ciencias en Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2013.

Introducción: En el contexto del envejecimiento, enfermedades para las cuales la propia edad es factor de riesgo, un ejemplo es la incontinencia urinaria, tienden a asumir dimensiones epidémicas. La incontinencia urinaria es una condición clínica que puede comprometer diferentes emociones de la persona y por esta razón evaluar sus repercusiones sobre la calidad de vida de las mujeres adultas mayores, pero frecuentemente sometidas al problema se vuelve relevante. **Materiales y métodos:** Se trata de un estudio de naturaleza epidemiológica, de tipo descriptivo, exploratorio, de corte transversal, realizado en la población de mujeres adulta mayor, con sesenta años y más, atendida en el Centro de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor de João Pessoa, Paraíba. La muestra fue constituida por 194 mujeres atendidas en el referido servicio en las especialidades de geriatría y ginecología de refirieron sufrir de incontinencia urinaria. La colecta de datos fue realizada en el periodo de junio a agosto del 2012, utilizándose la entrevista como técnica subsidiada por el instrumento estructurado, conteniendo variables socio demográficas y clínicas, además del *Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)* y del *King's Health Questionnaire (KHQ)*, utilizados para medir el impacto de la IU en la calidad de vida de las mujeres investigadas. Después de la colecta de las informaciones, estas fueron digitadas y organizadas en un banco de datos informatizado con auxilio del paquete estadístico *Statistical Package for Social Science*, versión 20.0, a fin de facilitar el tratamiento estadístico de los mismos. **Resultados:** Estos revelaron mayor porcentaje de adultas mayores jóvenes, con promedio de edad de 70.62; viudas (39.7%); con baja escolaridad (52.6%) e ingresos de hasta dos salarios mínimos (79.4%). En relación a las características clínicas, las enfermedades mas sobresalientes fueron: hipertensión arterial (87.2%) y osteoporosis (34.8%), siendo frecuentes las enfermedades y el uso de medicamentos (92.3%), destacándose los antihipertensivos (63.7%). La minoría tenía el hábito de fumar (7.2%) y la mayor parte de ellas (82%) no buscaban ayuda para el manejo de la IU. el tipo de IU más frecuente fue la de urgencia. Considerando el impacto de la incontinencia en la calidad de vida de las adultas mayores, midiendo a partir del ICIQ-SF, se obtuvo un escore promedio de 10.22, clasificado como impacto grave. Se identificó relación estadística significativa ($p < 0.001$). Tomando como base los resultados obtenidos por medio del KHQ, se verifico también que la IU ejerció influencia negativa sobre la calidad de vida de las entrevistadas en los dominios de salud general, impacto de la incontinencia, medidas de gravedad y emociones. **Conclusión:** Se concluye que la incontinencia urinaria, especialmente la de urgencia, tuvo impacto negativo en la calidad de vida de las adultas mayores. Estos resultados refuerzan la necesidad de los profesionales de salud aborden adecuadamente ese problema y aún de los servicios de salud preocupándose en organizar equipos multidisciplinares capacitados en la atención a las mujeres que sufren de IU, en el sentido de orientarlas y ofrecer condiciones en atención acogedor e individualizado.

DESCRIPTORES: Calidad de vida. Adulto mayor. Incontinencia urinaria, Enfermería.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1	Fatores de risco para incontinência urinária na mulher.....	29
Figura 1	Mapa do estado da Paraíba, caracterizado por suas mesorregiões e microrregiões.....	41
Figura 2	Mapa do território do Distrito Sanitário IV.....	42
Quadro 2	Situação de perda urinária investigada no ICIQ-SF e o sintoma urinário correspondente.....	46
Figura 3	Impacto dos diferentes tipos de IU na QV das idosas, considerando o escore ICIQ-SF. João Pessoa-PB, 2012.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Análise de confiabilidade dos domínios do KHQ em João Pessoa-PB, 2012.....	48
Tabela 2	Distribuição da amostra, segundo dados sociodemográficos. João Pessoa-PB, 2012 (n= 194).....	56
Tabela 3	Distribuição absoluta e percentual dos medicamentos utilizados pelas idosas. João Pessoa-PB, 2012 (n=194).....	58
Tabela 4	Distribuição da amostra, segundo dados ginecológicos, urinários e/ou obstétricos. João Pessoa-PB, 2012 (n= 194).....	59
Tabela 5	Distribuição das respostas das idosas, segundo sintomas indicativos de diferentes tipos de IU, considerando-se o ICIQ-SF. João Pessoa-PB, 2012 (n=194).....	60
Tabela 6	Distribuição dos problemas de bexiga das idosas, considerando a avaliação do KHQ. João Pessoa-PB, 2012 (n=194).....	61
Tabela 7	Distribuição das respostas das idosas, segundo frequência, quantidade e interferência da perda urinária na vida diária. João Pessoa-PB, 2012 (n=194)....	62
Tabela 8	Impacto da IU sobre a QV das idosas, considerando o escore ICIQ-SF. João Pessoa-PB, 2012 (n=194).....	63
Tabela 9	Teste de associação de qui-quadrado entre os tipos de IU e o escore ICIQ - SF. João Pessoa-PB, 2012 (n=194).....	64

Tabela 10	Distribuição da amostra, segundo a autopercepção da saúde e a interferência da IU na sua vida. João Pessoa-PB, 2012 (n=194).....	65
Tabela 11	Distribuição da amostra, segundo limitações das atividades diárias, limitações físicas e sociais secundárias à IU. João Pessoa-PB, 2012 (n=194).....	66
Tabela 12	Distribuição da amostra, segundo limitações nas relações pessoais, emoções e sono secundárias à IU. João Pessoa-PB, 2012 (n=194).....	67
Tabela 13	Distribuição das idosas, segundo as medidas que indicam a gravidade da IU. João Pessoa-PB, 2012 (n=194).....	69
Tabela 14	Valores médios do impacto da IU na QV das idosas, considerando os domínios do KHQ - João Pessoa-PB, 2012 (n=194).....	70
Tabela 15	Valores médios dos domínios do instrumento de KHQ relacionados aos problemas de bexiga - João Pessoa-PB, 2012 (n=194).....	71

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IU	Incontinência urinária
CID	Classificação Internacional de Doenças
ICS	<i>International Continence Society</i>
IUE	Incontinência urinária de esforço
HV	Hiperatividade vesical
BH	Bexiga hiperativa
IUM	Incontinência urinária mista
TMAP	Treinamento do músculo do assoalho pélvico
WHOQOL- BREF	<i>World Health Organization Quality of Life Instrument Short Form</i>
SF-36	<i>Medical Outcomes Short-Form Health Survey</i>
ICIQ-SF	<i>Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form</i>
KHQ	<i>King's Health Questionnaire</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
CAISI	Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso
EN	Enurese noturna
GPM	Gotejamento Pós-miccional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
CCS	Centro de Ciências da Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
IECA	Inibidores da enzima conversora de angiotensina
OR	<i>Odds ratio</i>
IC	Intervalo de confiança

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	18
1 INTRODUÇÃO.....	21
1.1 O envelhecimento populacional.....	22
1.2 A incontinência urinária e a qualidade de vida.....	27
1.3 Interesse pelo tema e justificativa da pesquisa.....	34
2 OBJETIVOS	37
2.1 Geral.....	38
2.2 Objetivos específicos	38
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	39
3.1 Tipo de estudo.....	40
3.2 Local do estudo.....	40
3.3 População e amostra.....	42
3.4 Instrumento e técnica para a coleta dos dados.....	45
3.4.1 <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form</i>	45
3.4.2 <i>King’s Health Questionnaire (KHQ)</i>	47
3.5 Treinamento da equipe de trabalho e coleta dos dados.....	48
3.6 Análise estatística.....	50
3.6.1 Análise descritiva e exploratória.....	50
3.7 Posicionamento ético.....	53
4 RESULTADOS.....	55
4.1 Características sociodemográficas.....	56
4.2 Características clínicas.....	57
4.2.1 Perfil de saúde.....	57
4.2.2 Antecedentes ginecológicos, urinários e/ou obstétricos.....	59
4.3 Qualidade de vida de idosas incontinentes medida pelo ICIQ-SF.....	61
4.4 Qualidade de vida de idosas incontinentes medida pelo KHQ.....	65
5 DISCUSSÃO.....	72
5.1 Características sociodemográficas das idosas incontinentes.....	73

5.2 Características clínicas das idosas incontinentes.....	75
5.3 Qualidade de vida de idosas incontinentes medida pelo ICIQ-SF.....	82
5.4 Qualidade de vida de idosas incontinentes mediada pelo KHQ.....	83
6 CONCLUSÃO.....	89
7 REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICES	104
Apêndice A - Instrumento de coleta de dados.....	105
Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	112
ANEXOS.....	114
Anexo A - Certidão do Comitê de Ética.....	115

Apresentação

No que concerne a aproximação da pesquisadora com a temática, é oportuno mencionar, que desde cedo, a escolha pela responsabilização e envolvimento com o cuidado do outro envolveu-me direcionando a profissão da Enfermagem que carrega consigo a arte de cuidar e a ciência cuja essência é o cuidado com o ser humano, de forma integral, individual, inserido na família ou na comunidade.

No decorrer da vida acadêmica no Curso de Graduação em Enfermagem, especialmente nas experiências vivenciadas em atividades teórico-práticas curriculares e extracurriculares, foi despertada em mim a aproximação pela área da Saúde da Mulher e da Geriatria e Gerontologia. Porém, somente em 2005, quando assumi minha função como enfermeira assistencial, deparei-me de perto, com o complexo mundo dos idosos, envolvido por novas descobertas, com inúmeras situações inusitadas, morbidades e pacientes diversos que fortaleceram o meu interesse para direcionar um olhar diferenciado a esse público.

Cumpre assinalar que essa aproximação da temática também foi ratificada pelo meu envolvimento no processo de cuidar de idosas com incontinência urinária na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI). Nesses cenários de cuidado, me deparei com dificuldades e aflições típicas das mulheres no enfrentamento dessa condição, como a queixa de piora da qualidade de vida e o sentimento de vergonha pelas inusitadas perdas de urina em público, fatores que, por muitas vezes, leva mulheres incontinentes ao abandono das atividades profissionais e de lazer. Essa experiência foi fortalecida, ainda, nos últimos anos, com a vivência com minha genitora, também portadora do problema, a qual expressa alterações psicológicas, físicas, e particularmente restrições nos seus relacionamentos pessoais.

Ante o exposto, com vistas a aprofundar a temática que atualmente é pouco explorada e tem repercutido em varias dimensões na vida dessa população, o presente estudo tem como proposta central investigar a acerca da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso no município de João Pessoa – PB. Para facilitar a condução do caminho percorrido utilizou-se uma abordagem epidemiológica, devido às especificidades do objeto. Porém, por causa de sua multidimensionalidade, o fenômeno em análise requer várias formas de investigação. Assim sendo, este

estudo constitui um entre muitas possibilidades de investigação e apresentação para a comunidade científica e para a sociedade acerca dessa tão complexa temática.

Vale salientar que esta pesquisa é estruturada em seis capítulos, sendo constituída por um capítulo introdutório, contemplando a contextualização da temática, a delimitação do problema e as questões de pesquisa. No capítulo dois, foram delimitados os objetivos da investigação; o capítulo três traz uma descrição do tipo e cenário do estudo; procedimentos metodológicos, incluindo o processo de seleção dos participantes (amostragem e aspectos éticos), os procedimentos e instrumentos de coleta de dados e, por fim, os caminhos percorridos para a análise do material empírico. Os capítulos quatro e cinco apresentam, respectivamente, os resultados do estudo e a discussão deles. Por fim no capítulo seis, apresentam-se alguns elementos conclusivos, proporcionando uma síntese dos resultados oriundos da investigação.

1.1 O envelhecimento populacional

Considerando-se o envelhecimento na perspectiva do indivíduo, é complexo estabelecer-se o momento em que uma pessoa se torna idosa. Existem grandes variações individuais, pois o fenômeno é muito heterogêneo e guarda pouca relação com a idade cronológica (FERNANDES; GARCIA, 2010). Contudo, ante a necessidade de se estabelecerem limites cronológicos para a definição de direitos sociais, ou para a inclusão de populações em estudos sobre aspectos relativos ao envelhecimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS), baseada em fatores socioeconômicos, considera pessoa idosa, no contexto dos países desenvolvidos, todo indivíduo com 65 anos ou mais. Já nos países em desenvolvimento, idoso é aquele indivíduo que tem 60 anos ou mais (OMS, 2005). No Brasil, do ponto de vista legal (Lei n.º 10.741), idoso é toda pessoa com mais de 60 anos de idade (BRASIL, 2003) – entendimento adotado na condução deste estudo.

Além dessas limitações etárias que caracterizam o indivíduo idoso nos contextos sociais ora mencionados, Caldas (2007) classifica o idoso em três grupos: idosos jovens (de 60 a 74 anos), idosos velhos (de 75 a 84 anos) e idosos muito velhos (de 85 anos e mais), indivíduos mais propensos a apresentarem morbidade e incapacidades – considerados, também, como aqueles que vivenciam a quarta idade aquela em que a incapacidade funcional chegou ao limite da reversão. Cabe destacar que a literatura gerontológica considera idoso mais idoso aquele com idade de 80 anos ou mais. Essa classificação é aplicada no âmbito desta investigação (CAMARANO, 2006).

Segundo Farinatti (2008), mesmo levando em conta a multiplicidade de propostas de classificação cronológica usadas para definir o tornar-se idoso, a descrição e a interpretação do fenômeno padecem de insuficiência de conceitos universais, pois a velhice não é um fenômeno estático; é o ponto culminante e o prolongamento de um processo contínuo, que não se restringe à análise da variabilidade biológica entre os indivíduos ou a um esquema adaptativo decorrente da relação entre as condições biológicas e o meio ambiente. Como fenômeno

biológico, o envelhecimento apresenta-se em cada ser humano idoso de um modo singular.

Situado aspectos definidores de pessoa idosa, discorre-se sobre as transições demográficas e epidemiológicas e suas implicações, pois, nos dias atuais, envelhecer é uma realidade populacional, mesmo nos países em desenvolvimento. Ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no Século XX esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, a velhice não é mais privilégio de poucos (VERAS, 2009).

O envelhecimento populacional, do ponto de vista demográfico, não se refere a indivíduos nem à geração, mas, às mudanças na estrutura etária da população, considerada como definidora do início da velhice em termos da coletividade (CARVALHO; GARCIA, 2003). Convém destacar que o processo de transição demográfica foi descrito, pela primeira vez, por volta dos anos 1940, referindo-se aos efeitos que as mudanças nos níveis de fecundidade, natalidade e mortalidade provocam no ritmo de crescimento populacional e na a estrutura por idade e sexo (VERMELHO; MONTEIRO, 2006).

Segundo Mendes et al. (2012), nas décadas de 1980 e 1990, o Brasil passou a ter uma redução mais acelerada da taxa de natalidade que as taxas de mortalidade infantil e de fecundidade. A mortalidade infantil reduziu de 69,10, por mil nascidos vivos, em 1980, para 22,5, por mil em 2009, enquanto a esperança de vida ao nascer aumentou de 62,6 anos, em 1980, para 73,09 anos, em 2009. Mesmo com as reduções das taxas de natalidade, de fecundidade e de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida ao nascer, o Brasil ainda apresenta um crescimento demográfico, embora com uma tendência a reduzir as taxas de crescimentos anuais.

Segundo projeções estatísticas da OMS, entre 1950 e 2025, a população de idosos do Brasil crescerá dezesseis vezes contra o aumento de cinco vezes da população total. As últimas projeções para o ano de 2025 colocam o Brasil, em termos absolutos, como a sétima população de idosos do mundo, com mais de 32 milhões de pessoas idosas (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2006).

A tendência mundial à diminuição da mortalidade e da fecundidade e o prolongamento da esperança de vida têm levado a esse envelhecimento da população (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2006), o qual é considerado, atualmente, um dos maiores desafios da saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. Nesses cenários, esse processo ocorre de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e para a construção de uma atenção à saúde mais adequada para atender às novas demandas desse segmento populacional.

No Brasil, o número de idosos passou de três milhões, em 1960, para sete milhões, em 1975, e vinte milhões em 2008 - um aumento de quase 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009). A população idosa que já apresentava um crescimento, entre 1990 (7,2%) e 2010 (10%), terá mais intensidade de crescimento a partir de 2020, passando de 28,3 milhões (13,7%) para 52 milhões (23,8%) de idosos em 2040, quase um quarto do total de habitantes do país (MENDES et al., 2012). Nessa perspectiva, a OMS (2005) ressalta que as estimativas para o ano de 2050 para a população de mais de sessenta anos é em torno de dois bilhões de pessoas no mundo. Dessas, a maioria vive em países em desenvolvimento.

Considerando a realidade brasileira, conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida tem aumentado exponencialmente em todas as faixas de idade. Em 2010, a esperança de vida ao nascer, no Brasil, era de 73,48 anos (73 anos, cinco meses e 24 dias), um incremento de 0,31 anos (três meses e 22 dias) em relação a 2009 e de 3,03 anos (três anos e dez dias) sobre o indicador de 2000 (IBGE a, 2011).

No Nordeste, a proporção de idosos passou de 5,1%, em 1991, para 5,8%, em 2000, e 7,2%, em 2010. Nesse contexto, João Pessoa (Paraíba) é a terceira capital com o maior índice de população idosa, conforme dados do Censo 2010, divulgados pelo IBGE b (2011). Segundo esse censo, há 74.522 idosos nessa cidade, que representam 10,3% do total de 723.515 pessoas. Esse índice é superado apenas por aqueles observados nas cidades de Recife (11,8%) e de Natal (10,4%).

No tocante aos diferenciais por sexo, no contexto do envelhecimento, ressalta-se maior expectativa de vida das mulheres. Tal fato explica, em parte, a

maior proporção de mulheres idosas em relação aos homens, fenômeno denominado de feminização do envelhecimento. Segundo o Censo Demográfico de 2010, a população do Brasil alcançou a marca de 190.755.799 habitantes, em uma relação de 96,0 homens para cada 100 mulheres, o que resultou em um excedente de 3.941.819 mulheres em relação ao número total de homens. Com isso, acentuou-se a tendência histórica de predominância feminina na população do Brasil (IBGE b, 2011), particularmente entre os mais idosos ou de oitenta anos ou mais, que alterou a composição etária dentro do próprio grupo.

Embora as mulheres tenham essa vantagem da longevidade, considerando aspectos sociais, elas, mais frequentemente, são pobres e vítimas de violência doméstica e de discriminação no acesso à educação, ao salário, à alimentação, ao trabalho significativo, à assistência à saúde, a heranças, a medidas de seguro social e ao poder político (OMS, 2005). Em termos epidemiológicos, a feminização da velhice coincide com altas taxas de doenças crônicas, incapacidade física e cognitiva, estresse crônico, consumo aumentado de medicamentos, além de risco elevado de hospitalização e de institucionalização (NERI, 2007).

Veras (2009) afirma que, em consequência disso, a velocidade do processo de transição demográfica vem trazendo problemas sérios para os gestores de saúde, com um aumento significativo de idosos que necessitam de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos devido às doenças crônicas não transmissíveis e às limitações funcionais próprias do envelhecimento dado, em especial, o declínio progressivo do metabolismo celular e do funcionamento dos sistemas fisiológicos principais.

Na mesma perspectiva, Honório e Santos (2009) referem que o envelhecimento humano é acompanhado de desgaste físico e funcional do corpo e da mente, bem como de uma diminuição das respostas fisiológicas às ações do meio. Isso acaba por alterar a qualidade de vida dessas pessoas nesse processo, especialmente, no que tange à independência e à autonomia, razão por que é necessário criar políticas públicas e adequar as existentes para atender com mais qualidade a essa fração populacional que está em constante crescimento.

Na tentativa de sumarizar o exposto, a pesquisa apoia-se no entendimento de Veras (2009), quando afirma que a velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivido pelo Brasil, nas últimas décadas, traz uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores do sistema de saúde, que repercutem na sociedade como um todo, especialmente num contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições.

Dentre essas questões cruciais, ressalta-se que, com o aumento da idade, as chances de aparecer uma ou mais doenças são maiores, o que não impede que muitos idosos vivam sem limitações. A maioria das doenças crônicas não transmissíveis apresenta longa duração e risco de complicações, são associadas ao próprio envelhecimento e resultam em comprometimento das funções físicas e mentais dos idosos (FARINASSO et al., 2006). Nessa perspectiva, o cenário se torna mais complexo, em virtude das doenças para as quais a própria idade é fator de risco, como a incontinência urinária (IU), por exemplo, que tendem a assumir dimensões epidêmicas e demandam um impacto maior sobre os sistemas familiar e de saúde.

Quanto aos índices que apontam a prevalência e a incidência da IU nos diferentes contextos geográficos e sociais, em geral, não guardam consonância, pois dependem das características da população investigada, como a idade, o sexo, as condições físicas e mentais; estado geral de saúde, definição de incontinência adotada; desenho metodológico e instrumentos de coleta de dados utilizados, além da quantidade inexpressiva de estudos sobre o tema (REIS et al., 2003; SILVA; SANTOS, 2005; OLIVEIRA et al., 2010).

A realidade ora exposta é ratificada pelos resultados de estudos brasileiros aqui apontados: o estudo de Santos e Santos (2010), com uma amostra randomizada da população de Porto Alegre e de Minas Gerais, verificou uma prevalência de IU de 20,1% nessa população - 32,9% eram mulheres, e 6,2%, homens. Torrealba e Oliveira (2010) identificaram que a prevalência de IU em mulheres entre 50 e 75 anos varia entre 20% e 35%. Higa e Lopes (2009); Amaral e Fung (2008) complementaram afirmando que a prevalência da incontinência urinária afeta cerca de 30% e pode alcançar até 50% em instituições de longa permanência. Na Paraíba, estudo censitário com idosos, realizado no município de João Pessoa,

identificou uma prevalência de IU de 15% entre as mulheres (LOUREIRO, 2011). Achado semelhante também foi verificado no contexto internacional em estudo longitudinal por nove anos, no qual foi identificada uma prevalência de IU de 14% entre a população feminina idosa (BYLES et al., 2009).

Ante o exposto, verifica-se a relevância epidemiológica do problema, em virtude de suas implicações negativas para o indivíduo portador e para o sistema de saúde, em especial, por suscitar o aumento da demanda de cuidado e a elevação dos custos econômicos. Segundo Leme e Melo (2006), do ponto de vista econômico, calcula-se que 25% do tempo dispensado da Enfermagem em hospitais geriátricos são destinados à assistência a pacientes com IU que, por serem incontinentes, requerem, pelo menos duas vezes mais cuidados de enfermagem do que aqueles não incontinentes. Essa informação reforça a necessidade de se aprofundar ainda mais estudos sobre IU e das repercussões na qualidade de vida da população afetada.

1.2 A incontinência urinária e a qualidade de vida

Conforme já mencionado, o processo de envelhecimento, embora fisiológico, é permeado por maior vulnerabilidade às doenças, que podem interferir na autonomia, na mobilidade, na destreza manual, na lucidez e na capacidade funcional das vias urinárias inferiores e da bexiga, favorecendo a incontinência (ABREU et al., 2007), problema de saúde significativo na sociedade moderna.

Entre as alterações mais comuns evidenciadas pelos idosos, verifica-se a IU como foco deste estudo que, além de ter múltiplas etiologias com grande complexidade terapêutica, gera enorme impacto na qualidade de vida (QV) dessas pessoas, especialmente das mulheres, sobretudo quando a perda de urina torna-se higienicamente inaceitável.

Em 1998, a IU era considerada um sintoma (HIGA; LOPES; REIS, 2008). Depois desse período, passou a ser entendida como uma doença, pela Classificação Internacional de Doenças (CID). A partir de 2005, a Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society – ICS*) definiu a IU como “perda involuntária de urina”, que pode ser classificada por meio dos sintomas

específicos referidos pelos portadores como: incontinência urinária de esforço (IUE), hiperatividade vesical (HV) e incontinência urinária mista (IUM) (ABRAMS et al., 2003).

Vale destacar que a nova forma de se entender a IU proposta pela ICS modifica também sua definição original, elaborada nos anos 1990, a qual concebia o evento apenas como as perdas que causassem desconforto social ou higiênico no portador ou que se relacionassem negativamente à qualidade de vida. Na nova contextualização do fenômeno, a ICS preconiza que a IU compreende “qualquer queixa de perda de urina involuntariamente”, que deve ser abordada considerando-se um conjunto de fatores específicos e relevantes, tais como: tipo, frequência, gravidade, fatores precipitantes, impacto social, efeitos na higiene e na QV, medidas usadas para quantificar a perda, além de informação relativa à procura ou não de ajuda para aliviar os sintomas por parte da pessoa acometida (ABRAMS et al., 2003; OLIVEIRA et al., 2010).

A IUE é caracterizada pela perda urinária, quando a pressão intravesical excede a pressão uretral máxima na ausência de contração do músculo detrusor. É comum ocorrer em situações de tosse, espirro, risada, salto, ou, ainda, atividades como andar ou mudar de posição. A HV caracteriza-se por perda involuntária de urina, associada ao forte desejo de urinar, esteja ou não a bexiga cheia; é associada ao aumento de frequência miccional, noctúria e urgeincontinência. Geralmente, as contrações involuntárias do músculo detrusor produzem os sintomas. A IUM é a perda de urina associada à urgência e às situações de aumento da pressão intra-abdominal, ou seja, uma associação entre os dois tipos já descritos (ABRAMS et al., 2003; HIGA; LOPES; REIS, 2008; DEDICAÇÃO et al., 2009).

Na análise dos conceitos explicitados, verifica-se que os termos IU e perdas urinárias são utilizados como sinônimos tanto pelos pesquisadores quanto pelos especialistas da ICS. Esse entendimento também é compartilhado por Santos e Santos (2010). Cabe ressaltar que a IU tem origem multifatorial. A literatura aponta vários fatores de risco para o desenvolvimento da IU na mulher: idade, obesidade, paridade, tipos de parto, uso de anestesia no parto, peso do recém-nascido, menopausa, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, doenças crônicas, fatores hereditários, uso de drogas, consumo de cafeína, tabagismo e exercícios

físicos, no entanto, os achados dos diferentes estudos são, por vezes, contraditórios. No Brasil, são poucos os estudos sobre a prevalência de IU e fatores de risco associados, fato que dificulta conhecer os eventos determinantes do problema na população (HIGA; LOPES, 2005).

Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia (2006), os fatores de riscos específicos para IU na mulher são diversos, conforme elucidados no Quadro 1.

FATORES DE RISCO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER	
Fatores predisponentes	Sexo Genéticos Raça Cultura Neurológicos Anatômicos Status de colágeno
Fatores desencadeantes	Paridade Cirurgias Lesões de nervo pélvico ou muscular Radiação
Fatores promotores	Disfunção intestinal Irritantes dietéticos Tipo de atividade Obesidade Menopausa Infecção Medicamentos Estado de doença psiquiátrica
Fatores transitórios e reversíveis	Idade Delírio Infecção Vaginite atrófica Ação medicamentosa Distúrbios psicológicos Poliúria Capacidade de movimentação limitada Obstipação intestinal

Quadro 1- Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. Fonte: Sociedade Brasileira de Urologia, 2006.

No que concerne ao diagnóstico da IU, a avaliação urodinâmica consiste em um exame de grande valia da função dos órgãos envolvidos na continência urinária, dentre eles: a bexiga, a uretra e o esfíncter urinário. Esse exame é de grande importância, pois, além de esclarecer a causa da perda urinária, pode sugerir a

presença de doenças concomitantes e orientar os profissionais de saúde sobre o melhor tratamento (TAMANINI, 2006).

Apesar de o diagnóstico da IU ser realizado, na maioria das vezes, pelo clínico geral, Higa e Lopes (2005) afirmam que, em diferentes unidades de saúde, a primeira investigação de sintomas da IU deve ser iniciada pelo enfermeiro. A despeito disso, as autoras ressaltam que essa prática, em geral, não tem ocorrido pela falta de preparo ou embaraço desses profissionais para abordarem o referido fenômeno, condição também observada no contexto de atenção à saúde.

Conforme Loureiro et al. (2011), a IU, em mulheres idosas, tem sido subestimada por parte dos profissionais de saúde, inclusive pelos enfermeiros. Para essas autoras, essa realidade é determinada principalmente pela falta de informações desses profissionais acerca de seus determinantes, de sua frequência e das intervenções específicas, apesar desse problema representar um dos “gigantes da geriatria”, devido às suas implicações negativas sobre a QV de pessoas idosas.

No que diz respeito às formas terapêuticas, cumpre assinalar que, dependendo das condições de saúde, do tipo e do estágio da IU, o tratamento pode ser cirúrgico, medicamentoso, fisioterápico, comportamental ou conservador. Por meio dessas intervenções, a cura pode ser obtida, os sintomas podem ser minimizados ou a mulher pode aprender a lidar melhor com o problema.

Na busca de entender bem mais a IU e de encontrar soluções terapêuticas para tratá-la, estudiosos têm identificado uma relação linear entre o envelhecimento e o surgimento dessa patologia. Isso implica a adoção de técnicas educativas de caráter preventivo para incentivar os idosos a se incluírem, de forma ativa, no processo de manutenção de uma vida independente e autônoma, tornando viável a participação da população idosa nas medidas de autocuidado. Assim, os idosos podem ter um nível mais elevado de vida saudável (LEON, 2001).

Segundo Reis et al. (2003), muitos pacientes apresentam melhora drástica do quadro de IU apenas com a mudança dos hábitos relativos à ingestão hídrica. Diante desses resultados, o enfermeiro deve criar estratégias para que essas pessoas sejam capazes de enfrentar o problema ao longo da vida. Podem ser oferecidas orientações como não ingerir grande quantidade de líquidos quando não houver

disponibilidade de banheiro acessível; evitar alguns alimentos como cafeína e bebidas alcoólicas; interromper o uso do tabaco; cuidar da constipação intestinal; adaptar-se às mudanças no ambiente domiciliar e participar de terapias comportamentais através de exercícios da musculatura pélvica, treinamento de hábito e micção programada. Essas, dentre outras, são medidas que podem facilitar o controle da IU nos idosos mais jovens (BRASIL, 2006).

Considerando esses aspectos, estudo de Caldas et al. (2010) revela o importante papel da Enfermagem na abordagem da IU, mediante terapia comportamental, que envolve a avaliação, o planejamento e a implementação de intervenções, assim como a identificação dos resultados obtidos pelo paciente com essa estratégia de cuidado. As autoras ressaltam, também, que a avaliação da mulher idosa incontinente por parte do enfermeiro deve envolver aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais que influenciam o fenômeno. Entre as intervenções de enfermagem, elas salientam ações como, atividades de higiene e conforto, com orientações simples, sem custo, ou efeitos adversos, o que pode minimizar ou até mesmo cessar as perdas urinárias e melhorar a percepção do portador em relação a si e ao meio que o rodeia.

O tratamento da IU inclui, ainda, técnicas fisioterapêuticas, que resultam em alto índice de cura, o que possibilita às pessoas retornarem às suas atividades sem inseguranças ou restrições e ao próprio convívio social, melhorando, assim, sua QV (OLIVEIRA et al., 2009). Nesse raciocínio, a ICS, em 2005, recomendou o tratamento fisioterapêutico para IU como a primeira opção, pois se trata de técnicas e recursos que envolvem baixo custo e risco, além de eficácia comprovada. Entre as modalidades desse tratamento, destacam-se a prática de atividades físicas, a eletroestimulação, a cinesioterapia e o *biofeedback* (FIGUEIREDO et al., 2008).

O estudo de Caetano et al. (2009) mostrou que, por meio de uma proposta de atividades físicas sistematizada e integrada, pôde-se levar mulheres com IU à melhora significativa na percepção de sua QV e de saúde, em aspectos relacionados à sua autoimagem e à melhora nos sintomas de IU, com a diminuição da frequência e quantidade da perda urinária. Dentre essas atividades físicas, inclui-se o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), realizado através de exercícios que visam fortalecer essa região do corpo e diminuir os sintomas causados pela IU.

Ainda no concernente ao tratamento da IU, pesquisa com eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico com 22 mulheres com IUE, realizada por Herrmann et al. (2003), concluiu que 81,7% delas tiveram redução significativa do número de perda urinária, melhorando seu nível de satisfação. Esse tipo de tratamento é classificado como conservador, quando não envolve procedimentos invasivos e objetiva fortalecer a musculatura do assoalho pélvico e reduzir os sinais da incontinência.

Também são apontados como tratamento coadjuvante da IU os exercícios de *Kegel*, compatível com cinesioterapias perineais, que podem ser ensinados pela Enfermagem na abordagem de terapia comportamental, ou pela Fisioterapia, como parte do protocolo de tratamento (CALDAS et al., 2010). Em se tratando de procedimento invasivo, existem algumas modalidades de cirurgia com índice de sucesso elevado (BARACAT, 2004).

Assim, juntos, enfermeiros, fisioterapeutas, educadores físicos e médicos podem atuar como equipe multiprofissional no que tange ao restabelecimento dessas mulheres incontinentes. Diante do exposto, reforça-se que os profissionais da área de saúde devem questionar sobre esse problema e que os serviços de atenção primária e secundária de saúde devem se preocupar em organizar equipes multidisciplinares para atenderem às portadoras de IU, no sentido de orientá-las e oferecer condições de atendimento acolhedor e individualizado, no que diz respeito aos seus aspectos emocionais e psicossociais (BORGES et al., 2009).

Conforme o exposto, existem múltiplas formas de tratar a IU, porém as medidas preventivas são as mais recomendadas, pois a alteração de saúde sob análise envolve importantes prejuízos na QV das mulheres, especialmente das idosas que, geralmente, evidenciam concomitantemente outras morbidades, ampliando os prejuízos para o seu bem-estar e para a sua funcionalidade.

Há um consenso, na literatura internacional, de que a IU pode afetar adversamente a QV, levando a implicações importantes em muitas esferas do ser humano, como a psicológica, a social, a física, a econômica e a do relacionamento pessoal e sexual (TAMANINI et al., 2006). A IU apresenta-se não apenas como uma ameaça à autoestima, mas também como fator de isolamento social e depressão.

Entende-se a qualidade de vida como uma construção social relativizada por fatores culturais, com características multidimensionais e mutáveis. Ela foi inicialmente introduzida no âmbito da saúde para avaliar desfechos objetivos. Posteriormente, percebeu-se que era preciso avaliá-la, partindo da opinião pessoal, o que ressaltou a subjetividade do construto (ABREU et al., 2007).

De acordo com Dantas, Sawada e Malerbo (2003), não existe uma definição consensual sobre QV, mas os pesquisadores parecem concordar que consiste em um conceito dinâmico, amplo, subjetivo e polissêmico. Para ampliar esse conceito, foram agregados aspectos objetivos e subjetivos, como o desenvolvimento socioeconômico e a percepção individual, valorizando a opinião do indivíduo em relação a sua vida (PASCHOAL, 2001).

A OMS concebe que a QV é multifatorial, referendando-se a partir das seguintes dimensões: saúde física, saúde psicológica, nível de independência (aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos, cuidados médicos e capacidade laboral), relações sociais e aspectos ambientais (SOUZA; CARVALHO, 2003).

Devido à possibilidade de o prejuízo na QV ser verificado na maioria dos portadores de IU, em 1997, a ICS recomendou que medidas de QV fossem incluídas em todas as pesquisas clínicas relativas ao fenômeno, como um complemento adicional aos tradicionais parâmetros clínicos. Existem dois consensos, na literatura nacional e na internacional sobre a IU: o primeiro resalta que ela pode afetar adversamente a QV, levando a implicações importantes em muitas esferas do ser humano, como a psicológica, a social, a física, a econômica, do relacionamento pessoal e sexual; já o segundo diz respeito à crença de que os indivíduos incontinentes são seus melhores juízes na avaliação da QV (TAMANINI et al., 2004).

Assim, a avaliação da QV na IU pode ser feita por meio de instrumentos genéricos e específicos pertinentes a essa temática, que contribuem para que os pesquisadores verifiquem o real impacto da doença sob um aspecto multidimensional. No que tange aos instrumentos genéricos, que abrangem os aspectos comuns e importantes da saúde, que podem ser empregados para avaliar e comparar a QV em diferentes condições de saúde e subpopulações, averiguou-se

que alguns estudos empregam os referidos instrumentos - *World Health Organization Quality of Life Instrument, Short Form* (WHOQOL-BREF) e o *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* (SF-36) (LEROY; LOPES, 2012, KNORST; RESENDE; GOLDIM, 2011).

Alguns autores ressaltam que esses instrumentos são úteis para comparar as diferentes doenças com a população geral sem problema de saúde declarado, mas são poucos sensíveis na detecção de mudanças ou diferenças na condição de saúde de uma população clínica específica (BORGES et al., 2009; KNORST; RESENDE; GOLDIM, 2011). Para isso, é de suma importância o emprego de instrumentos de avaliação da qualidade de vida específicos, que incluam perguntas relevantes para o problema de saúde em questão. Dentre os instrumentos específicos, ressaltam-se a *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF) e o *King's Hear Questionnaire* (KHQ). Convém destacar que esses aspectos, dentre outros, foram condições impulsionadoras para a efetividade deste estudo.

1.3 Interesse pelo tema e justificativa da pesquisa

A população brasileira, como em outros países em desenvolvimento, vem sofrendo, nas últimas décadas, transições demográficas decorrentes de mudanças nos níveis de mortalidade, fecundidade e natalidade, em ritmo bastante acelerado. O declínio brusco desses indicadores, somado ao prolongamento da esperança de vida, tem levado ao crescimento da população, em especial, dos idosos. As mulheres destacam-se com vantagem da longevidade, porém tendem a sofrer mais, sendo vítimas de diversas comorbidades, como a IU, por exemplo.

A despeito do impacto da IU sobre a QV da mulher, particularmente da idosa, mais frequentemente acometida por essa morbidade, a literatura pertinente resalta problemas resultantes da perda urinária, em especial, aqueles evidenciados pelas mulheres - restrições nas atividades sociais e sexuais, dificuldade de estabelecer novos relacionamentos, sentimento de depressão, angústia, marginalização e perda da autoestima, particularmente por muitos estabelecerem relação entre o problema e

os maus hábitos de higiene (HONÓRIO; SANTOS, 2009). Além disso, a IU é vista como fator predisponente de outras condições mórbidas, como dermatite perineal, úlcera por pressão, infecção urinária, quedas e fraturas (AMARAL; FUNG, 2008).

É oportuno destacar que a frequência da perda involuntária de urina, em diversas situações, provoca problemas psicoemocionais muito mais marcantes do que as sequelas físicas, com grandes efeitos que limitam as atividades diárias e a interação social, afetando a autoavaliação da saúde e a QV de mulheres com esse problema. Ressalta-se, porém, que, tanto nas observações empíricas dos profissionais de saúde quanto nos resultados obtidos de pesquisas científicas realizadas em diferentes contextos, em nosso meio, verifica-se que os estudos relativos ao tema em questão são escassos.

Estima-se que grande parte das mulheres que sofrem de IU sente-se constrangida em falar sobre o assunto com familiares, com amigos ou com profissionais de saúde, por vergonha ou por acharem ser isso normal no processo de envelhecimento, e convivem com o problema durante muitos anos, sem procurar ajuda, mesmo na vivência de prejuízos para seu bem-estar.

O enfermeiro, por sua vez, é o profissional da equipe de saúde que está mais próximo da realidade vivenciada pelas idosas incontinentes, tanto no contexto da Atenção Básica quanto no acolhimento dos serviços especializados. Diante dessa realidade, e com o escopo de sensibilizar os profissionais de saúde, com ênfase na Enfermagem, a direcionar um olhar diferenciado para essa temática, subsidiando com um aporte teórico para a construção de uma proposta de cuidado, é necessário aprofundar mais o assunto, visando, em especial, clarificar as repercussões da IU na QV de mulheres idosas, utilizando-se questionários específicos e válidos como o ICIQ-SF e o KHQ.

Considerando essa perspectiva, assim como o entendimento de que a avaliação da QV de mulheres idosas incontinentes deve anteceder a proposição de intervenções preventivas e terapêuticas, justifica-se a necessidade e a relevância deste estudo, pois os resultados empíricos obtidos por meio dele representam subsídios importantes para o planejamento e a implementação de intervenções de enfermagem específicas, como também de outros profissionais da área de saúde,

para melhorar as condições de vida e o bem-estar dessas mulheres e servir como base para o desenvolvimento de outras pesquisas que subsidiem a prática que envolve o cuidado de enfermagem com a mulher idosa portadora de IU.

2 Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a qualidade de vida de idosas com incontinência urinária atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de idosas incontinentes;
- Verificar as associações existentes entre o impacto na qualidade de vida, a frequência e a quantidade de perda urinária das idosas obtidos no questionário de *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF);
- Identificar os tipos de incontinência urinária com maior prejuízo na qualidade de vida das idosas;
- Verificar os domínios afetados no que concerne à qualidade de vida das mulheres incontinentes por meio do *King's Health Questionnaire* (KHQ).

3 Material e métodos

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza epidemiológica, do tipo descritivo, exploratório, com corte transversal. A pesquisa epidemiológica consiste na coleta sistemática de informações sobre eventos ligados à saúde em uma população definida e na quantificação desses eventos. “O tratamento numérico dos fatores investigados se dá através de três procedimentos relacionados: mensuração de variáveis aleatórias, estimação de parâmetros populacionais e testes estatísticos de hipóteses” (BLOCH; COUTINHO, 2006, p.107).

Segundo Almeida Filho e Rouquayrol (2006, p.180), as “investigações que produzem instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado, são chamadas de estudos seccionais ou de corte transversal”. É um excelente método para descrever características de uma população, em determinada época. “Trata-se de um estudo epidemiológico no qual o fator e o efeito são observados em um mesmo momento histórico” (KLEIN; BLOCH, 2006, p. 127).

Vale ressaltar que esse tipo de metodologia tem se mostrado de grande utilidade nas análises referentes às pesquisas, em particular, no campo da saúde, uma vez que os pesquisadores, por meio dela, têm encontrado respostas para problemas de pesquisas relativas a uma diversidade de objetos de investigação.

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), um serviço de referência para o atendimento especializado de idosos do município de João Pessoa (Paraíba) e das cidades circunvizinhas: Conde, Cabedelo, Bayeux e Santa Rita. O CAISI funciona em um anexo do Hospital Santa Isabel, localizado no Bairro de Tambiá na referida cidade. O Centro dispõe de uma equipe multidisciplinar, que atende a idosos nas mais variadas especialidades, e funciona de segunda a sexta-feira, no turno diurno.

De acordo com o último Censo Populacional realizado em 2011 (IBGE, 2012), o estado da Paraíba (Figura 1), localizado na Região Nordeste do Brasil, tem uma população total de 3.766.528 habitantes, disposta em uma área de 56.469,466 km². Sua capital é o município de João Pessoa. Essa cidade tem, atualmente, uma população de 723.515 habitantes, distribuída em uma área geográfica de 211.474 km², situada na porção mais oriental do Estado. Limita-se, ao norte, com o município de Cabedelo, por meio do Rio Jaguaribe; ao sul, com o Conde, pelo Rio Gramame; a leste, com o Oceano Atlântico; e a oeste, com os municípios de Bayeux, pelo Rio Sanhauá e Santa Rita, pelo Rio Mumbaba.

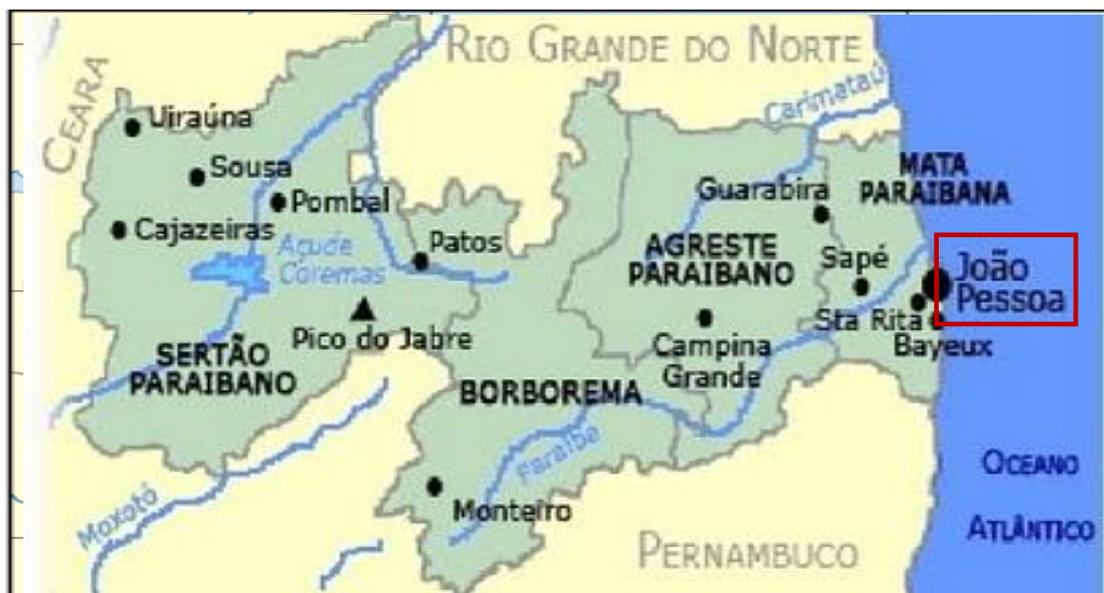


Figura 1- Mapa do estado da Paraíba, caracterizado por suas mesorregiões.

Fonte: <<http://portal.tce.pb.gov.br/institucional/auditoria-regionalizada>>

O município de João Pessoa é constituído por 617 setores censitários, cinco distritos sanitários e 65 bairros. Atualmente, o CAISI funciona sob a responsabilidade sanitária do Distrito IV (delimitado na área verde da Figura 2). Esse distrito é caracterizado por ter algumas áreas pouco povoadas, como o centro da cidade, e outras bastante populosas, como o Bairro do Alto do Céu. Para atender a essa população, no âmbito da atenção primária de saúde, esse distrito dispõe de 29 unidades, distribuídas pelos seguintes bairros: Roger, Tambiá, Centro, Mandacaru, Alto do Céu, Varadouro, Bairro dos Estados, Bairro dos Ipês, Torre, Trincheiras, Ilha do Bispo e Treze de Maio (Figura 2).



Figura 2 – Mapa do território do Distrito Sanitário IV

Fonte – Prefeitura Municipal de João Pessoa - Secretaria de Planejamento. Diretoria de Geoprocessamento e Cadastro Urbano. João Pessoa - PB, 2012.

Vale ressaltar que João Pessoa tem 74.644 pessoas com idade acima de sessenta anos, o que representa 10,2% do número de habitantes do município (IBGE, 2012). A média de atendimento de idosos no CAISI é de oitenta idosos por dia (segundo informações do banco de dados do referido serviço em 2012). Quanto às especialidades envolvidas no atendimento ao idoso, nesse cenário, destacam-se: geriatria, ginecologia, gastroenterologia, cardiologia, reumatologia, fisioterapia, fonoaudiologia, enfermagem, odontologia, nutrição, assistente social, entre outras.

3.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por idosas com sessenta anos ou mais, atendidas no referido serviço nas especialidades de geriatria e ginecologia, selecionadas no período de junho a agosto de 2012. A seleção da demanda de mulheres atendidas nessas especialidades ocorreu devido à possibilidade de o maior número de portadoras de IU procurar essas áreas. Convém esclarecer que, durante a coleta de dados, o CAISI não disponibilizava de atendimento médico

efetivado por urologista. Quanto ao número de idosas assistidas no referido serviço, nos anos de 2010 e 2011, nas especialidades geriatria e ginecologia, verificaram-se, consecutivamente, 1.306 e 1.207 atendimentos.

A amostra foi selecionada por meio de um plano probabilístico de amostragem aleatória simples, e cada participante do grupo ou da população teve a mesma chance de integrar-se a ela (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006). Para testar estatisticamente as hipóteses teóricas anunciadas, foi realizado o cálculo do tamanho da amostra para estudo transversal a partir dos seguintes parâmetros:

- Tamanho da população (N): Para este trabalho, considerou-se o tamanho da população como sendo o total de mulheres idosas atendidas em 2011, ou seja, 1.207;
- Proporção na população de mulheres que sofrem de IU (p): A proporção de mulheres que sofrem de incontinência urinária está em torno de 15%. Essa proporção já é conhecida de pesquisas anteriores e de dados da literatura pertinente e foi consubstanciada por estudo censitário realizado em João Pessoa – PB, que também identificou prevalência de IU de 15% entre as mulheres idosas (LOUREIRO, 2011).
- Margem de erro (*Erro*): A margem de erro de uma pesquisa é o maior percentual de erro que se pode admitir em relação à diferença entre as proporções verdadeira e estimada de mulheres idosas com IU. Normalmente, para estudos da área de Saúde, adota-se uma margem de erro de 5%;
- Nível de significância (α): Esse índice indica a porcentagem de casos na população que estarão fora do intervalo estimado para a proporção de mulheres idosas com IU. Calcular uma estimativa a um nível de significância de 5% significa que a estimativa cobrirá cerca de 95% dos casos existentes na população. Portanto, para este estudo, foi utilizado um nível de significância de 5%.

Assim, considerando os valores dos parâmetros acima, o cálculo do tamanho da amostra (n), para uma variável-desfecho, no formato de proporção, pode ser obtido por meio da seguinte fórmula (CAMPBELL; STANLEY, 1979):

$$n \geq \frac{Np(1-p)}{(N-1)\left(\frac{\text{Erro}}{z_{\alpha/2}}\right)^2 + p(1-p)}$$

em que

n : é o tamanho mínimo da amostra que deverá ser selecionada;

N : é o tamanho da população;

p : é a proporção, dentro da população, de uma variável-chave do estudo. No caso deste estudo, p é a proporção verdadeira de mulheres idosas que têm IU;

Erro: é o erro máximo admissível que o pesquisador está disposto a assumir para os resultados que serão extraídos a partir da amostra. Para a área de Saúde, costuma-se empregar uma margem de erro entre 5% e 10%;

$z_{\alpha/2}$: é o percentil de nível $\alpha/2$ de uma distribuição normal. Para a área de Saúde, costuma-se utilizar $\alpha = 0,05$, o que resulta em $z_{0,05/2} = z_{0,025} = 1,96$;

Logo, o número mínimo de mulheres idosas que deverão ser investigadas é de 169, como mostra o resultado da expressão abaixo:

$$n \geq \frac{1207 \times 0,15 \times 0,85}{(1206)\left(\frac{0,05}{1,96}\right)^2 + 0,15 \times 0,85} \geq 169$$

Para compensar possíveis perdas, acrescentou-se a esse número de amostra um percentual de segurança de, aproximadamente, 15% ($n = 169 + 27 = 196$), que totalizou 196 idosas a serem investigadas.

Quanto aos critérios de inclusão, foram considerados elegíveis: idosas portadoras de IU autorreferida, atendidas nas especialidades geriatria ou ginecologia, com capacidade cognitiva para responder a todas as questões contempladas no instrumento de coleta de dados. Vale mencionar que as mulheres incluídas na pesquisa foram consideradas incontinentes, tomando-se por base a

definição de IU da ICS, que considera episódios de perdas urinárias de, pelo menos, uma vez por semana, nos últimos três meses (ABRAMS et al., 2003). Vale destacar que, devido ao fato de o questionário ser extenso, duas idosas não responderam a algumas perguntas, razão pelo qual foram excluídas do estudo. Assim, a amostra final foi de 194 idosas.

3.4 Instrumento e técnica para a coleta dos dados

Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2012, utilizando-se a técnica de entrevista subsidiada por um instrumento estruturado, contendo duas partes. A primeira contemplava questões elaboradas pela própria pesquisadora, sustentadas pela literatura pertinente, que envolveu as variáveis sociodemográficas das participantes da pesquisa (idade, situação conjugal, escolaridade, ocupação/profissão, arranjo familiar, renda familiar), dados clínicos (morbidades, uso de medicamentos, tabagismo, cirurgia ginecológica, urinária e/ou obstétrica prévia, paridade, história de infecções do trato urinário e procura pelo médico devido à perda urinária). A segunda parte do instrumento contemplou os questionários *Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)* e *King’s Health Questionnaire (KHQ)*, utilizados para mensurar o impacto da IU na QV das mulheres investigadas.

3.4.1 *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)*

O *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)* – é um instrumento autoadministrável,⁽¹⁾ que avalia o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e a qualificação da perda urinária das pessoas investigadas, além de informações complementares que verificam fatores de risco para esse problema (TAMANINI et al., 2004). Foi originalmente desenvolvido e validado na língua inglesa, por Avery, Donovan e Abrams, em 2001, e, posteriormente, traduzido e validado para o português por Tamanini et al. (2004),

¹ Na população deste estudo, devido ao seu baixo nível de escolaridade, optou-se por aplicar o ICIQ-SF, por meio de entrevista.

em estudo realizado em um hospital universitário da cidade de Campinas (SP), com consistência interna elevada, como demonstrado pelo coeficiente alfa de Cronbach (0,88). No presente estudo, o coeficiente alfa de Cronbach dessa escala foi de 0,745, o que refletiu um grau de confiabilidade moderado (MURPHY; DAVIDSHOFER, 1988).

O ICIQ-SF inclui seis questões que identificam: data de nascimento (1), sexo (2), frequência das perdas de urina (3), quantidade de urina que o indivíduo pensa que perde (4), o quanto essa perda interfere na vida diária (5) e quando ocorre (6). Para cada item de resposta das questões 3, 4 e 5, um escore parcial é atribuído. Ao final da aplicação, um escore total (ICIQ Escore) é elaborado a partir da soma dos escores das questões 3, 4 e 5, que varia de 0 a 21 e corresponde ao impacto da IU na QV da pessoa. Esse impacto é classificado em: nenhum (0 ponto), leve (de 1 a 3 pontos), moderado (de 4 a 6 pontos), grave (de 7 a 9 pontos) e muito grave (10 ou mais pontos) (TAMANINI et al., 2004). Pelo fato de a questão 1 estar contemplada no instrumento sociodemográfico e de a questão 2 contemplar apenas o sexo feminino elegível para este estudo, elas foram suprimidas do instrumento utilizado.

Além das questões ora mencionadas, o ICIQ-SF contempla oito itens de autodiagnóstico que correspondem a sintomas urinários específicos, envolvidos nos diferentes tipos de IU, conforme elucidados no Quadro 02.

ICIQ-SF Quando perde urina?	Sintoma urinário correspondente
Nunca	Ausência de IU
Perco antes de chegar ao banheiro.	Incontinência por urgência (IUU)
Perco quando tusso ou espirro.	Incontinência aos esforços (IUE)
Perco quando estou dormindo.	Enurese noturna (EN)
Perco quando estou fazendo atividades físicas.	Incontinência aos esforços (IUE)
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo.	Gotejamento pós-miccional (GPM)
Perco sem razão óbvia.	Incontinência urinária mista (IUM)
Perco o tempo todo.	Incontinência urinária mista (IUM)

Quadro 2: Situação de perda urinária investigada no ICIQ-SF e o sintoma urinário correspondente. Fonte: adaptado de Tamanini et al. (2004).

3.4.2 King's Health Questionnaire (KHQ)

O *King's Health Questionnaire* (KHQ) foi desenvolvido na língua inglesa, por Kelleher et al. (1997), no Kings College Hospital, em Londres, e consiste em um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida de pessoas com incontinência urinária que, até 2005, havia sido traduzido e validado em 35 idiomas (ABRAMS et al., 2005).

Vale destacar que a validade e a confiabilidade desse instrumento foram analisadas e estatisticamente comprovadas em vários estudos internacionais (KELLEHER et al., 1997; HOMMA; KAWABE, 2004, KOCHAKARN et al., 2005), com significativas casuísticas, inclusive, no Brasil (TAMANINI et al., 2003, TAMANINI et al., 2004, FONSECA et al., 2005).

O KHQ foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Tamanini et al. em 2003. Esse questionário é composto de 30 questões, com uma escala de presença dos sintomas urinários com nove questões referentes aos principais problemas de bexiga e suas respectivas intensidades; as demais 21 questões desse instrumento foram divididas para os nove domínios, com abordagem sobre a percepção geral de saúde, o impacto da incontinência urinária, as limitações de atividades diárias, as limitações físicas, as limitações sociais, o relacionamento pessoal, os aspectos emocionais, sono/disposição e as medidas de gravidade.

Convém enfatizar que as respostas desse instrumento são avaliadas por meio de escalas do tipo likert, que são graduadas em quatro opções de respostas (“nenhum, um pouco, moderadamente, muito” ou “nunca, às vezes, várias vezes, sempre”), exceção feita ao domínio percepção geral de saúde, com cinco opções de respostas (“muito boa, boa, normal, ruim, muito ruim”) e ao domínio relações pessoais (“não aplicável, não, um pouco, moderadamente e muito”). A todas as respostas são atribuídos valores numéricos, somados e avaliados por domínio. Os valores são, então, calculados por meio de fórmula matemática. Assim obtém-se o escore de qualidade de vida, que varia de 0 a 100, considerando que, quanto maior o número obtido, maior é o impacto sobre a qualidade de vida relacionada àquele domínio (TAMANINI et al., 2003).

No tocante à confiabilidade desse instrumento, sua versão original, em inglês, obteve coeficientes alpha de Cronbach variável de 0,72 (LF) e 0,89 (RP) (KELLEHER et al., 1997). A confiabilidade teste-reteste foi analisada no *International Consultation on Continence* (ABRAMS et al., 2005). Os índices de correlação obtidos em cada domínio, em particular, foram considerados de moderado a forte e variaram de 0,53 (PGS) a 0,81 (MG). No Brasil, a versão traduzida mostrou validade do conteúdo e consistência interna satisfatória para o instrumento como um todo. O alfa de Cronbach padronizado do KHQ foi de 0,87 e, avaliado por seus domínios, variou de 0,49 a 0,92 (TAMANINI et al., 2003).

No presente estudo, o KHQ obteve consistência interna satisfatória para todos os domínios, com 0,87, e seus domínios variaram de 0,84 a 0,88, segundo o critério adotado de 0,70 (POLIT; HUNGLER, 2004), como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Análise de confiabilidade dos domínios do KHQ. João Pessoa - PB, 2012.

Dimensões	Alpha de Cronbach
Saúde geral	0,882
Impacto da incontinência	0,859
Limitações de atividades diárias	0,868
Limitações físicas	0,850
Limitações sociais	0,850
Relações pessoais	0,878
Emoções	0,849
Sono/ disposição	0,860
Medidas de gravidade	0,856
Geral	0,876

3.5 Treinamento da equipe de trabalho e coleta de dados

Os estudos seccionais requerem que todos os indivíduos sejam observados em um único momento para evitar distorções provocadas por mudanças ocorridas durante um longo intervalo de investigação. Por isso, recomenda-se que se utilize a maior quantidade possível de pesquisadores de campo. O treinamento deles, porém,

é indispensável para se padronizar a coleta dos dados (KLEIN; BLOCH, 2006). Assim, a coleta foi realizada pela pesquisadora, por uma aluna do Curso de Graduação em Enfermagem e por duas enfermeiras que se dispuseram livremente a participar do processo da pesquisa.

Nessa perspectiva, com o intuito de proporcionar à equipe de profissionais engajada na coleta de dados da pesquisa um entendimento comum dos seus aspectos operacionais, a pesquisadora treinou essa equipe com vistas a padronizar o procedimento de coleta de informações e homogeneizar a técnica de entrevista, incluindo média de tempo a ser observada. Esse treinamento aconteceu durante três reuniões, com duração de duas horas cada, em que foram realizadas discussões conjuntas acerca do assunto.

Nessa capacitação, dentre outras atividades, aplicou-se o instrumento a ser usado na coleta de dados entre os membros da equipe, por meio de entrevista simulada. Preliminarmente a essa atividade, a pesquisadora leu o referido instrumento e explicou o conteúdo de cada questão, salientando a resposta esperada. A equipe foi orientada, também, no que diz respeito aos seguintes aspectos: 1) se alguma questão não fosse compreendida pelo entrevistado, a pergunta seria repetida; 2) se o entrevistado deixasse de responder a alguma questão, passaria para a pergunta seguinte.

Depois disso, cada um dos entrevistadores, supervisionados pela pesquisadora, aplicou o instrumento a três idosas incontinentes, totalizando nove mulheres, que foram excluídas da amostra selecionada para o estudo. Ao final, a pesquisadora avaliou o desempenho dos entrevistadores, bem como os registros realizados no instrumento, comparando com o registro de suas informações durante o acompanhamento das entrevistas. Nessa avaliação, para que o entrevistador fosse considerado apto para a coleta dos dados, foi exigido nível de concordância de no mínimo 90% entre as respostas obtidas nas entrevistas pela equipe e pela pesquisadora.

Uma vez perpassada a fase de instrução, a equipe recebeu uma pasta contendo todo o material de trabalho: crachá de identificação, prancheta, instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A), Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (APÊNDICE B), lápis, borracha e almofada para carimbo (identificação por digital).

Por fim, as mulheres incontinentes foram entrevistadas no ambulatório do CAISI, em sala privativa, enquanto aguardavam atendimento de enfermagem e/ou consulta com os especialistas. Na abordagem às idosas, inicialmente, a pesquisadora/entrevistadora se apresentava e informava os objetivos do estudo. Se elas concordassem em participar da pesquisa, apresentava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que assinasse e, posteriormente, fossem realizadas as entrevistas.

3.6 Análise estatística

Para realizar os procedimentos analíticos, organizaram-se os dados referentes às variáveis sociodemográficas e clínicas, e os itens dos questionários de IU e QV diretamente digitados e organizados em um banco de dados informatizado com o auxílio do pacote estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 20.0, a fim de facilitar o seu tratamento estatístico. O processamento incluiu codificação, digitação e edição dos dados.

3. 6.1 Análise descritiva e exploratória

Para avaliar as características de todas as variáveis estudadas, foi realizada, inicialmente, a estatística descritiva (frequências absoluta e relativa) e exploratória. A análise descritiva e exploratória de dados se baseia na construção de gráficos e tabelas de frequências simples ou cruzadas, quando a(s) variável(eis) de interesse é(são) qualitativa(s), como, por exemplo, sexo e estado civil, e se calculam médias, mínimos, máximos e desvios-padrão quando as variáveis de interesse são quantitativas (BUSSAB; MORETTIN, 2006). Neste estudo, os dois tipos de variáveis foram analisados. No tocante às variáveis quantitativas, foram descritas por meio de seus percentuais, assim como da média e do desvio-padrão.

A análise univariada foi realizada *a posteriori* para se verificar a associação entre cada uma das variáveis independentes com a variável dependente. Vale ressaltar que o impacto da IU na QV das idosas foi considerada a variável

dependente, enquanto que a frequência, a quantidade e o tipo de IU foram considerados as variáveis independentes.

Quanto à associação existente entre o impacto na qualidade de vida e a frequência e à quantidade e ao tipo de IU, no questionário do ICIQ-SF, utilizou-se a análise por meio dos testes de qui-quadrado de associação e de igualdade de proporções. O teste de qui-quadrado de associação é adequado para investigar se duas variáveis estão relacionadas (associadas), enquanto que o teste de qui-quadrado de igualdade de proporções verifica se um vetor de proporções pode ser considerado estatisticamente igual ou diferente (VIEIRA; HOSSNE, 1998).

Para que as conclusões geradas pelos testes de qui-quadrado citados sejam válidas, algumas suposições devem ser verificadas. Tais premissas dizem respeito aos critérios de validade e de aplicabilidade dos testes de qui-quadrado. Essas suposições correspondem às seguintes ponderações:

- A tabela não deve conter frequências observadas nulas;
- Não mais que 20% de todas as frequências observadas da tabela devem ser inferiores a 5;
- As frequências esperadas para a tabela não devem ser menores que 5.

Na análise dos resultados deste estudo, sempre que uma ou mais das condições apresentadas não foi observada, a resposta “NA” foi apresentada como resultado do teste estatístico para indicar (dentro da coluna do Valor-p) que as conclusões obtidas pelo teste de qui-quadrado “Não se aplicam”. Nesse sentido, o nível de significância adotado para este estudo foi de 5%, de modo que valores-p menores de 0,05 (Valor-p<0,05) foram apontados como estatisticamente significantes.

Aliada à análise das tabelas de associações de qui-quadrado, neste estudo, procedeu-se a uma análise de comparação das médias dos domínios do instrumento de KHQ, com o intuito de investigar se existe diferença entre os níveis das variáveis relacionadas aos sintomas ligados aos problemas de bexiga. A técnica estatística que se presta a esse papel é conhecida como Comparações Múltiplas e tem o objetivo de comparar as médias de uma variável medida em dois ou mais grupos,

controlando o erro global (CALIŃSKI; CORSTEN, 1985), de modo que nos possibilita dizer, com base em suas médias, quais grupos são diferentes entre si.

A partir das respostas obtidas no questionário de KHQ, foram calculados, por meio de cálculos matemáticos, os escores específicos para os nove domínios (FONSECA et al., 2005), que variam entre 0 e 100, e os cálculos matemáticos realizados são apresentados a seguir:

PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE

Pontuação = ((Pontuação da questão 1-1) / 4) x 100

- 1 – Muito boa
- 2 – Boa
- 3 – Normal
- 4 – Ruim
- 5 – Muito ruim

IMPACTO DA INCONTINÊNCIA

Pontuação = ((Pontuação da questão 2-1) / 3) x 100

- 1 – Não
- 2 – Um pouco
- 3 – Moderadamente
- 4 – Muito

LIMITAÇÕES DAS ATIVIDADES DIÁRIAS

Pontuação = (((Pontuação das questões 3 a + 3 b) -2) / 6) x 100

- 1 – Nenhuma
- 2 – Um pouco
- 3 – Moderadamente
- 4 – Muito

LIMITAÇÕES FÍSICAS

Pontuação = ((Pontuação das questões 4a e 4b) – 2)/6x100)

- 1 – Nenhuma
- 2 – Um pouco
- 3 – Moderadamente
- 4 – Muito

LIMITAÇÕES SOCIAIS

Pontuação = (((Pontuação das questões 4 c + 4 d + 5 C) - 3) / 9) x 100 **

** Se a pontuação da questão 5 c >= 1; se 0, então ... - 2) / 6) x 100

- 1 – Não
- 2 – Um pouco
- 3 – Moderadamente
- 4 – Muito

RELAÇÕES PESSOAIS

Pontuação = (((Pontuação das questões 5 a + 5 d) - 2) / 6) x 100***

*** Se a pontuação das questões 5 a + 5b >= 2,

Se (5 a + 5 b) = 1;.....-1) / 3) x 100

Se (5 a + 5 b) = 0;.....tratar como “missing value” (não aplicável)

- 0 – Não aplicável
- 1 – Não
- 2 – Um pouco
- 3 – Moderadamente
- 4 – Muito

EMOÇÕES

Pontuação = (((Pontuação das questões 6 a + 6 b + 6 c) - 3) / 9) x 100

- 1 – Não
- 2 – Um pouco
- 3 – Moderadamente
- 4 – Muito

SONO E DISPOSIÇÃO

Pontuação = (((Pontuação das questões 7 a + 7 b) - 2 / 6) x 100

- 1 – Não
- 2- Às vezes
- 3 – Várias vezes
- 4 – Sempre

MEDIDAS DE GRAVIDADE

Pontuação = (((Pontuação das questões 8 a + 8 b + 8 c + 8 d) - 4)/12x100

- 1 – Não
- 2- Às vezes
- 3 – Várias vezes
- 4 – Sempre

3.7 Posicionamento ético

Cumpre assinalar que a pesquisadora respeitou os aspectos éticos e legais da pesquisa que envolvem seres humanos, preconizados pela Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde, principalmente o princípio ético da autonomia, sobretudo o que concerne ao Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), instrumento imprescindível para o desenvolvimento de atividades de pesquisa com humanos, considerando sua privacidade, dignidade e defendendo sua vulnerabilidade. As idosas participantes do estudo foram informadas sobre os seguintes aspectos: objetivos do estudo, justificativa, procedimentos envolvidos, contribuição, garantia do anonimato, fidedignidade na análise dos dados e o direito à liberdade de participar do estudo ou desistir dele em qualquer momento de sua

realização. Esta pesquisa foi apreciada pelo do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências em Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com CAAE: 01639812.8.0000.5188, e aprovada por meio do parecer nº 31239, de 04 de junho de 2012.

Os resultados obtidos a partir das entrevistas com as idosas compreendem variáveis sociodemográficas e clínicas, assim como dados referentes ao impacto da IU sobre a QV.

4.1 Características sociodemográficas

Tabela 2 - Distribuição da amostra, segundo dados sociodemográficos. João Pessoa-PB, 2012 (n= 194).

Dados sociodemográficos	n	%
Faixa etária		
60 -- 65 anos	47	24,2%
65 -- 70 anos	50	25,8%
70 -- 75 anos	44	22,7%
75 -- 80 anos	25	12,9%
80 -- 85 anos	16	8,2%
85 anos ou mais	12	6,2%
Situação Conjugal		
Solteira	28	14,4%
Casada	71	36,6%
Viúva	77	39,7%
Separada	18	9,3%
Escolaridade		
Analfabeta	51	26,3%
Ensino Fundamental	102	52,6%
Ensino Médio	27	13,9%
Ensino Superior	14	7,2%
Ocupação		
Aposentada/Pensionista	160	82,6%
Do Lar	24	12,4%
Outras	10	5,2%
Arranjo familiar		
Filhos	54	27,8%
Filhos/Marido/Companheiro	39	20,1%
Marido/Companheiro	30	15,5%
Filhos/Netos	22	11,3%
Sozinha	21	10,8%
Outros	28	14,4%
Renda familiar		
Até 2 salários mínimos	154	79,4%
3-5 salários mínimos	20	10,3%
5-9 salários mínimos	1	0,5%
Não informado	19	9,8%
Quantidade de pessoas que dependem da renda familiar		
Média (DP)		1,5 (1,42)

Nos dados apresentados na Tabela 2, observa-se que a idade das idosas variou entre 60 e 92 anos, com maior proporção de mulheres na faixa etária de 65 a 70 anos (25,8%). A média de idade das participantes foi de 70,62, com DP de 7,44 e mediana de 69,5 anos. Quanto ao estado civil, predominaram as mulheres viúvas,

77 (39,7%), seguida das casadas, 71 (36,6%). Em relação à escolaridade, a maior parte das participantes da pesquisa, 102 (52,6%), cursou o Ensino Fundamental, enquanto 51 (26,3%) referiram ser analfabetas. Em relação à ocupação, 160 (82,6%) referiram ser aposentadas ou pensionistas.

No que diz respeito às pessoas que faziam parte do arranjo familiar, a pesquisa mostrou que predominou o arranjo idosa/filho, pois 54 (27,8%) delas habitavam com filhos, e 39 (20,1%) residiam com filhos/marido/companheiro. Em relação à renda familiar, 154 (79,4%) possuíam renda de até dois salários mínimos, e ao número de pessoas que dependiam da renda das idosas, verificou-se uma média de 1,5 (DP=1,42).

4.2 Características clínicas

4.2.1 Perfil de saúde

O perfil de saúde autorreferido das idosas foi avaliado por meio das variáveis: morbidades, comorbidades, uso de medicamentos, tabagismo, procura pelo médico em decorrência de perdas urinárias e tipo de IU, considerando as abordagens do *Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire - ICIQ-SF* - e do *King's Health Questionnaire - KHQ*.

Quanto às principais morbidades evidenciadas pelas mulheres, destacaram-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), 143 (87,2%); a osteoporose, 57 (34,8%); o diabetes mellitus (DM), 53 (32,3%); a cistocele, 49 (29,9%); a artrose, 43 (26,2%); a depressão, 28 (17,1%); a hemorroida, 21 (12,8%); a artrite, 20 (12,2%), o acidente vascular encefálico (AVE) e as dislipidemias, referidos, respectivamente, por 14 (8,5%) idosas. Além dos problemas de saúde mencionados, 25 (15,2%) das mulheres mencionaram constipação, sintoma também envolvido na etiologia da IU. No que concerne às comorbidades, 44 (22,7%) idosas apontaram três enfermidades, 39 (20,1%), quatro morbidades, e 26 (13,4%), cinco desses problemas de saúde.

Em relação aos medicamentos utilizados, a Tabela 3 revela que 179 (92,3%) idosas usam algum tipo de medicamento, destacando-se os anti-hipertensivos, consumidos por 114 (63,7%) delas. É oportuno assinalar que, dentre esses fármacos, os mais frequentemente pontuados foram: os diuréticos, 47 (41,2%); os

inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), 40 (35,1%); e os bloqueadores do receptor de angiotensina II, 35 (30,7%).

Além dos anti-hipertensivos, outros medicamentos eram utilizados de modo significativo entre as idosas, como os antidiabéticos, que foram mencionados por 42 (23,5%) delas, destacando-se os hipoglicemiantes orais, os anti-hipocalcêmicos, 33 (18,5%); os hipolipemiantes, 17 (9,5%); os anticolinérgicos e os antiinflamatórios, que obtiveram o mesmo índice, 15 (8,4%). Dentre os anticolinérgicos, os antidepressivos foram os mais utilizados (86,7%). Cabe destacar, ainda, que 23 (12,8%) idosas não sabiam informar ou não lembravam com exatidão as medicações que usavam nem apresentaram, no momento da entrevista, a prescrição médica ou a caixa desses fármacos.

Tabela 3 - Distribuição absoluta e percentual dos medicamentos utilizados pelas idosas. João Pessoa-PB, 2012 (n=194).

Medicamentos	n	%
Faziam uso de algum medicamento	179	92,3%
Anti-hipertensivos	114	63,7%
Diuréticos	47	41,2%
IECA	40	35,1%
Bloqueador do receptor de angiotensina II	35	30,7%
Betabloqueadores	26	22,8%
Bloqueadores dos canais de cálcio	10	8,8%
Inibidores adrenérgicos centrais Alfa 2	5	4,4%
Inibidor direto da renina	1	0,9%
Outros	10	8,8%
Antidiabéticos	42	23,5%
Hipoglicemiantes orais	34	81,0%
Insulina	7	16,7%
Anti-hipocalcemia	33	18,5%
Hipolipemiantes	17	9,5%
Anticolinérgicos	15	8,4%
Antidepressivos	13	86,7%
Antiparkinsoniano	3	13,3%
Antiinflamatórios	15	8,4%
Antiinflamatório não esteroide (AINES)	13	86,7%
Antiinflamatórios esteroides (corticoides)	3	13,3%
Antiácido/antiulceroso	14	7,8%
Vasodilatador/antianginoso	12	6,7%
Antianêmicos	5	2,8%
Hormônio	4	2,2%
Não lembra	23	12,8%

Quanto ao hábito de fumar, 180 (92,8%) idosas incontinentes negaram ser tabagistas, 42 (23,3%) tinham história de uso de fumo, e apenas 14 (7,2%) afirmaram fumar, com uma média de 11,2 (DP= 10,43) cigarros por dia e com um tempo médio de consumo de 44,2 anos (DP= 14,82).

Em relação à procura de assistência médica para avaliar as perdas urinárias, observou-se um percentual significativo de 159 (82%) idosas que nunca procuraram o referido profissional para investigar e/ou tratar esse sintoma, enquanto 33 (17%) procuraram de uma a três vezes, e apenas duas (1%), de quatro a seis vezes.

4.2.2 Antecedentes ginecológicos, urinários e/ou obstétricos

Tabela 4 - Distribuição da amostra, segundo dados ginecológicos, urinários e/ou obstétricos. João Pessoa-PB, 2012 (n= 194).

Dados ginecológicos, urinários e/ou obstétricos		n	%
Realizou cirurgia ginecológica, urinária e/ou obstétrica		148	76,3%
Tipo de cirurgia			
	Cesariana	66	44,6%
	Perineoplastia	57	38,5%
	Histerectomia	57	38,5%
	Laqueadura	45	30,4%
	<i>Cistocele</i>	37	25,0%
	<i>Outros</i>	12	8,1%
Paridade		180	92,8%
Tipo de parto			
	<i>Normal</i>	Média (DP)	6,0 (3,76)
	<i>Cesáreo</i>	Média (DP)	1,3 (0,64)
	<i>Fórceps</i>	Média (DP)	1,0 (0,00)
	<i>Abortos</i>	Média (DP)	2,1 (1,67)
Sentiu dor, ardência ou dificuldade de urinar		133	68,6%
	No passado	81	60,9%
	Recentemente	48	36,1%
	Não informou	4	3,0%
Teve infecções urinárias recorrentes			
	Não	136	70,1%
	Sim	54	27,8%
	Não sabe	4	2,1%

Conforme se verifica na Tabela 4, 148 (76,3%) idosas relataram ter realizado algum tipo de cirurgia ginecológica, urinária e/ou obstétrica, com destaque para as cesarianas, com um índice de 66 (44,6%), e as perineoplastias e as histerectomias,

com índice equivalente de 57 (38,5%). Em relação à paridade, 180 (92,8%) mulheres afirmaram ter tido pelo menos uma gestação no curso de suas vidas. Quanto ao tipo de parto, foi apontada uma média de 6,0 (DP= 3,76) partos normais e de 1,3 (DP=0,64) cesarianas. No tocante às alterações urinárias, 133 (68,6%) idosas referiram já ter apresentado algum desconforto como dor, ardência ou dificuldade de urinar. Quanto à ocorrência de infecções urinárias recorrentes, a maioria, 136 (70,1%), não evidenciou. No concernente ao tipo de incontinência urinária evidenciado pelas idosas, foram verificados os resultados que seguem (Tabelas 5 e 6).

Tabela 5 - Distribuição das respostas das idosas, segundo sintomas indicativos de diferentes tipos de IU, considerando o ICIQ-SF. João Pessoa-PB, 2012 (n=194).

ICIQ-SF	n	%
Quando você perde urina?		
Antes de chegar ao banheiro;	146	75,3%
Quando tusso ou espirro;	134	69,1%
Quando estou dormindo;	27	13,9%
Quando estou fazendo atividades físicas;	20	10,3%
Quando termino de urinar e estou me vestindo;	22	11,3%
Sem razão óbvia;	30	15,5%
O tempo todo.	18	9,3%

Estabelecendo-se uma relação entre esses sintomas expressos no ICIQ-SF com as especificidades dos diferentes tipos de IU, constatou-se que a IU de maior prevalência foi a do tipo de urgência (IUU), com 75,3%, seguido da incontinência de esforço (IUE), com 69,1%, e da incontinência mista (IUM), com 53,09%.

Do mesmo modo, considerando os sintomas urinários que caracterizam os problemas de bexiga propostos pelo KHQ (Tabela 6), foram identificados resultados similares, a saber: bexiga hiperativa e IUU, evidenciada por 164 (84,5%) mulheres, e a IUE, presente em 138 (71,1%), permitindo, assim, inferir a presença da IUM em boa parte delas.

Tabela 6 - Distribuição dos problemas de bexiga das idosas, considerando a avaliação do KHQ. João Pessoa-PB, 2012 (n=194)

Problemas de bexiga	n	%
Frequência		
<i>Você vai muitas vezes ao banheiro?</i>	78	40,2%
Noctúria		
<i>Você levanta à noite para urinar?</i>	92	47,4%
Urgência		
<i>Você tem vontade forte de urinar e é muito difícil de controlar?</i>	164	84,5%
Bexiga hiperativa		
<i>Você perde urina quando tem muita vontade de urinar?</i>	164	84,5%
Incontinência urinária de esforço		
<i>Você perde urina com atividades físicas como: tossir, espirrar e correr?</i>	138	71,1%
Enurese noturna		
<i>Você molha a cama à noite?</i>	29	14,9%
Incontinência no intercurso sexual		
<i>Você perde urina durante a relação sexual?</i>	2	1,0%
Infecções frequentes		
<i>Você tem muitas infecções urinárias?</i>	37	19,1%
Dor na bexiga		
<i>Você tem dor na bexiga?</i>	17	8,8%
Outros		
<i>Você tem outro problema relacionado à sua bexiga?</i>	2	1,0%

4.3 Qualidade de vida de idosas incontinentes medida pelo ICIQ-SF

Conforme já mencionado, a avaliação do prejuízo na QV gerado pela IU é realizada a partir dos itens: frequência da perda de urina, quantidade de urina perdida e interferência da perda de urina na vida diária. Nessa análise, o escore 0 não representou interferência; escores de 1 a 3 compreenderam interferência leve;

de 4 a 6, interferência moderada; de 7 a 9, interferência grave e, acima de 10, interferência muito grave.

Tabela 7 - Distribuição das respostas das idosas, segundo frequência, quantidade e interferência da perda urinária na vida diária. João Pessoa-PB, 2012 (n=194).

Variáveis que compõem o escore do ICIQ	n	%	Média do escore (DP)
(a) Frequência de perda urinária (escores)			
Uma vez por semana ou menos (1)	68	35,05	
Duas ou três vezes por semana (2)	51	26,29	
Uma vez ao dia (3)	20	10,31	2,34(1,27)
Diversas vezes ao dia (4)	50	25,77	
O tempo todo (5)	5	2,58	
(b) Quantidade estimada de urina perdida			
Uma pequena quantidade (2)	126	64,95	
Uma moderada quantidade (4)	40	20,62	2,97(1,47)
Uma grande quantidade (6)	28	14,43	
(c) Interferência da incontinência urinária na vida diária			
0	23	11,86	
1 a 3	52	26,80	
4 a 6	54	27,84	4,82(3,14)
7 a 9	49	25,26	
10	16	8,25	

Conforme verificado na Tabela 7, no tocante à frequência de perda urinária, ressalta-se o significativo número de mulheres que perdem urina diversas vezes ao dia, 50 (25,77%), seguido daquelas que perdem uma vez ao dia, 20 (10,31%), com média de 2,34 e DP = 1,27. Sobre a quantidade de urina perdida, 40 (20,62%) idosas tinham perda moderada, e 28 (14,43%) referiram que perdem grande quantidade, com média de 2,97 e DP = 1,47.

No que concerne à interferência da perda urinária na vida diária das idosas (Tabela 7, item c), mensurada a partir de pontuação atribuída por elas, variável de zero (não interfere) a dez (interfere muito), observou-se que 54 (27,84%) salientaram interferência situada entre 4 e 6 pontos, 49 (25,26%) consideraram que a interferência é representada por um escore de 7 a 9 pontos, além de 16 (8,25%) que atribuíram nota máxima (dez) ao nível de interferência da IU em sua vida diária. Considerando a soma das mulheres que atribuíram pontuação diferente de zero e, portanto, representativo de interferência da IU em sua vida diária, verificou-se um índice de 88,14%.

Tabela 8 - Impacto da IU na QV das idosas, considerando-se o escore ICIQ-SF. João Pessoa-PB, 2012 (n=194)

Escore	ICIQ	%
Média = 10,22 e desvio-padrão = 5,01	n	
<i>Escores ICIQ - SF Impacto sobre a vida diária</i>		
Nada (0)	0	0,00
Leve (1 a 3)	17	8,76
Moderado (4 a 6)	44	22,68
Grave (7 a 9)	39	20,10
Muito Grave (10 a 21)	94	48,45

Considerando o somatório dos escores individuais resultantes das respostas das idosas incontinentes aos itens: frequência da perda de urina, quantidade de urina perdida e interferência da perda urinária na vida diária, a Tabela 8 apresenta o impacto da IU na QV das idosas. Nessa avaliação, verificou-se escore médio de 10,22, classificado como um impacto muito grave, e DP = 5,01.

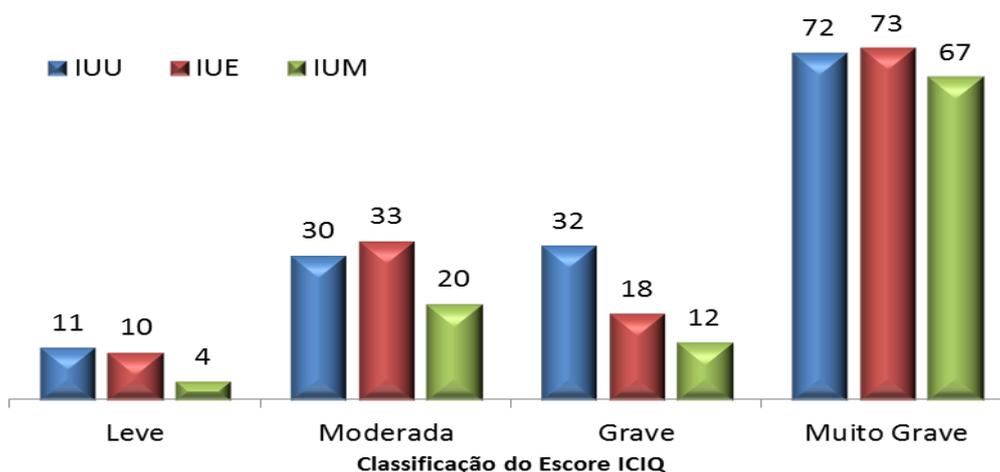


Figura 3 – Impacto dos diferentes tipos de IU na QV das idosas, considerando-se o escore ICIQ-SF. João Pessoa-PB, 2012.

De acordo com a Figura 3, a IU, a despeito do tipo, implica prejuízo significativo na QV das mulheres idosas, porém, a IUU e a IUE produzem maior interferência, considerando-se os índices obtidos na graduação moderada a muito grave.

Tabela 9 - Teste de associação de qui-quadrado entre os tipos de IU e o escore ICIQ – SF- João Pessoa - PB, 2012 (n=194)

Incontinência urinária	Classificação do escore ICIQ				Valor-p
	Leve	Moderada	Grave	Muito grave	
IUU					
Não	6	14	7	22	0,3640
Sim	11	30	32	72	
IUE					
Não	7	11	21	21	0,0024
Sim	10	33	18	73	
IUM					
Não	13	24	27	27	0,0000
Sim	4	20	12	67	

Conforme aponta a Tabela 9, a associação dos resultados referentes aos tipos de IU com os relativos ao impacto da perda urinária na vida diária das

mulheres, expressos pelo escore geral do ICIQ-SF, evidenciou achado estatisticamente significativo ($p < 0,001$) entre a IUE e a IUM e prejuízo na QV das idosas, com índices respectivos de $p = 0,0024$ e $p = 0,0000$.

4.4 Qualidade de vida de idosas incontinentes medida pelo KHQ

A avaliação do impacto da IU na QV das idosas, medida por meio do *King's Health Questionnaire* (KHQ), envolveu a análise da percepção dessa população acerca dos domínios: percepção geral de saúde, impacto da IU, limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relacionamento pessoal, aspectos emocionais, sono/disposição e medidas de gravidade. Os resultados empíricos referentes a esses domínios guardam relação entre si, porém, devido à impossibilidade técnica de apresentá-los de forma compactada, buscou-se condensar a apresentação de alguns resultados.

Tabela 10 - Distribuição da amostra, segundo a autopercepção da saúde e a interferência da IU em sua vida. João Pessoa-PB, 2012 (n=194)

Saúde geral	n	%
Como você avalia sua saúde hoje?		
Muito boa	4	2,1%
Boa	45	23,2%
Normal	68	35,1%
Ruim	55	28,4%
Muito ruim	22	11,3%

Impacto da IU na vida das idosas	n	%
Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida?		
Não	74	38,1%
Um pouco	41	21,1%
Mais ou menos	46	23,7%
Muito	33	17,0%

Quanto à percepção geral de saúde (Tabela 10), houve predominância de idosas que avaliaram sua saúde como normal, 68 (35,1%) e como boa, 55 (23,2%). Considerando os índices daquelas que expressaram uma autopercepção negativa da saúde, prevaleceu a avaliação ruim, expressa por 55 (28,4%) das idosas. Quanto ao impacto da IU sobre a QV, 74 (38,1%) mencionaram que o problema não lhes tem causado impacto. Para 46 (23,7%) das demais, seu problema de bexiga

atrapalhava mais ou menos, e segundo 33 (17%) salientaram muita interferência da IU em suas vidas.

Tabela 11 - Distribuição da amostra, segundo limitações das atividades diárias, limitações físicas e sociais secundárias à IU. João Pessoa-PB, 2012 (n=194)

Limitações das atividades diárias	n	%
Com que intensidade o problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa?		
Nenhuma	170	87,6%
Um pouco	17	8,8%
Mais ou menos	6	3,1%
Muito	1	0,5%
Com que intensidade o problema de bexiga atrapalha suas tarefas fora de casa?		
Nenhuma	166	85,6%
Um pouco	16	8,2%
Mais ou menos	8	4,1%
Muito	4	2,1%
Limitações físicas	n	%
O problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como caminhar e correr?		
Não	165	85%
Um pouco	16	8,2%
Mais ou menos	7	3,6%
Muito	6	3,1%
Limitações sociais	n	%
O problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem?		
Não	141	72,7%
Um pouco	16	8,2%
Mais ou menos	16	8,2%
Muito	21	10,8%
O problema de bexiga atrapalha quando você vai à igreja, a uma reunião ou a uma festa?		
Não	146	75,3%
Um pouco	14	7,2%
Mais ou menos	17	8,8%
Muito	17	8,8%
Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga?		
Não	150	77,3%
Um pouco	11	5,7%
Mais ou menos	16	8,2%
Muito	17	8,8%

Conforme expressa a Tabela 11, a maioria das idosas revelou que o seu problema de bexiga não interfere nas tarefas de casa nem em suas atividades fora do domicílio, 170 (87,6%), e 165 (85,6%), respectivamente. Nas atividades físicas, 165 (85%) idosas afirmaram não haver interferência. Do mesmo modo, a maioria não registrou limitações em suas atividades sociais em decorrência da IU.

Tabela 12 - Distribuição da amostra, segundo limitações nas relações pessoais, Nas emoções e no sono, secundárias à IU. João Pessoa-PB, 2012 (n=194)

Relações Pessoais	n	%
O problema de bexiga atrapalha sua vida sexual?		
Não se aplica	147	75,8%
Não	40	20,6%
Um pouco	5	2,6%
Mais ou menos	2	1,0%
O problema de bexiga atrapalha sua vida com o companheiro?		
Não se aplica	145	74,7%
Não	45	23,2%
Um pouco	2	1,0%
Mais ou menos	2	1,0%
O problema de bexiga incomoda aos seus familiares?		
Não se aplica	83	42,8%
Não	94	48,5%
Um pouco	9	4,6%
Mais ou menos	2	1,0%
Muito	6	3,1%
Emoções	n	%
Você fica deprimida por causa do problema de bexiga?		
Não	130	67,0%
Um pouco	23	11,9%
Mais ou menos	21	10,8%
Muito	20	10,3%
Você fica ansiosa ou nervosa por causa do problema de bexiga?		
Não	131	67,5%
Um pouco	22	11,3%
Mais ou menos	20	10,3%
Muito	21	10,8%
Você fica mal com você mesma por causa do problema de bexiga?		
Não	132	68,0%
Às vezes	23	11,9%
Várias vezes	19	9,8%
Sempre	20	10,3%
Sono e disposição	n	%
O problema de bexiga atrapalha seu sono?		
Não	132	68,0%
Às vezes	30	15,5%
Várias vezes	17	8,8%
Sempre	15	7,7%
Você se sente descansada ou desgastada?		
Não se aplica	2	1,0%
Não	140	72,2%
Às vezes	26	13,4%
Várias vezes	18	9,3%
Sempre	8	4,1%

No tocante ao domínio relacionamento pessoal, os resultados elucidados na Tabela 12 revelaram que a maioria das mulheres apontou a alternativa “não se aplica” quando interrogadas acerca da interferência da IU na vida sexual, o que resultou em 147 (75,8%), enquanto que 145 (74,7%) apontaram essa mesma alternativa, quando interrogadas sobre se o problema de bexiga atrapalhava a vida com seu parceiro. Esses resultados podem ter sido influenciados pelo fato de a maioria das mulheres serem viúvas, inativas sexualmente e/ou por constrangimento em responder à questão sobre a temática. Quando questionadas sobre a interferência do problema de bexiga na vida de suas famílias, 94 (48,5%) responderam que a IU não incomoda seus familiares, e 83 (42,8%) afirmaram a alternativa não se aplica, em virtude de morar sozinhas ou esconder, muitas vezes, dos familiares o problema, seja pela baixa significância dessa alteração em sua vida, seja pelo constrangimento que permeia a perda urinária.

Em relação à interferência da IU nos aspectos emocionais (Tabela 12), 130 (67%) idosas não se deprimem com a experiência do problema, 131 (67,5%) não ficam ansiosas, e 132 (68%) não ficam mal consigo mesmas em virtude da incontinência. As demais entrevistadas expressaram consequências da IU sobre seu estado emocional numa intensidade de pouco a muito, considerando ficar deprimida, 64 (33%); ansiosa ou nervosa, 63 (32,5%) nervosa; e às vezes a sempre, considerando o item fica mal consigo mesma, 62 (32%).

Quanto às implicações da IU sobre o domínio sono e disposição, também evidenciadas na Tabela 12, os resultados mostraram que o somatório das respostas positivas, em relação ao item interferência no sono secundária à IU, foi de 62 (32%), contrapondo-se a 132 (68%), que afirmaram não interferir. Na questão referente à disposição/energia, 140 (72,2%) das mulheres disseram que não se sentem desgastadas ou cansadas com a perda urinária.

Tabela 13 - Distribuição das idosas, segundo as medidas que indicam a gravidade da IU. João Pessoa-PB, 2012 (n=194).

Medidas de gravidade	n	%
Você usa algum tipo de protetor higiênico (fralda, forro, absorvente) para manter-se seca?		
Não	112	57,7%
Às vezes	51	26,3%
Várias vezes	11	5,7%
Sempre	20	10,3%
Você controla a quantidade de líquido que bebe?		
Não	113	58,2%
Às vezes	41	21,1%
Várias vezes	21	10,8%
Sempre	19	9,8%
Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha) quando fica molhada?		
Não	20	10,3%
Às vezes	98	50,5%
Várias vezes	24	12,4%
Sempre	52	26,8%
Você se preocupa em estar cheirando a urina?		
Não	56	28,9%
Às vezes	71	36,6%
Várias vezes	21	10,8%
Sempre	46	23,7%

Na Tabela 13, referente às medidas de gravidade da IU, observou-se que, para se manterem secas, 82 (42,3%) idosas usam algum protetor higiênico do tipo fralda, forro ou absorvente (numa intensidade variante de às vezes a sempre). No tocante à restrição da ingestão de líquido, pouco mais da metade, 113 (58,2%), negou fazer esse controle. As demais afirmaram fazer isso, principalmente quando saem de casa para evitar constrangimentos. É relevante destacar que o somatório dos percentuais das entrevistadas que precisavam realizar troca da roupa íntima por ficarem molhadas de urina correspondeu a 174 (89,7%). Dentre as idosas, 138 (71,1%) mostraram-se, de algum modo (às vezes a sempre), preocupadas por estar cheirando a urina devido à perda involuntária.

Considerando o escore global referente à avaliação dos domínios da QV contemplados no KHQ, que podem ser afetados pela IU (quanto mais próximo de 100 o escore obtido, maior o impacto da IU na QV), ressalta-se que as mulheres idosas evidenciaram, respectivamente, como domínios mais afetados: saúde geral

(55,96), impacto da incontinência (40,07), medidas de gravidade (35,31) e emoções (21,19%), conforme se observa na Tabela 13.

Tabela 14 – Valores médios do impacto da IU na QV das idosas, considerando os domínios do KHQ. João Pessoa-PB, 2012 (n=194)

Domínios do KHQ	Mínimo	Média	DP	Máximo
Saúde geral	0,00	55,96	25,07	100,00
Impacto da incontinência	0,00	40,07	37,51	100,00
Limitações das atividades diárias	0,00	6,53	17,06	100,00
Limitações nas atividades físicas	0,00	9,36	23,50	100,00
Limitações sociais	0,00	17,41	32,05	100,00
Relações pessoais	0,00	4,17	11,99	66,67
Emoções	0,00	21,19	34,07	100,00
Sono e disposição	0,00	16,67	28,16	100,00
Medidas de gravidade	0,00	35,31	26,47	100,00

Ressalte-se que, ao se estabelecer associação entre os resultados obtidos nos domínios do KHQ e os problemas de bexiga, apresentados na sessão perfil de saúde das mulheres idosas (Tabela 6) deste capítulo, foram verificados os resultados expostos na Tabela 15.

Conforme se pode observar (Tabela 15), nos domínios saúde geral e impacto da incontinência, destacaram-se com escores mais próximos de 100 (> 75), responsáveis por maiores prejuízo na QV, aqueles correlacionados à enurese noturna, à perda de urina durante as relações sexuais e às infecções urinárias, todos evidenciados na alternativa “muito”. Nos domínios emoções e medidas de gravidade, evidenciaram-se escores elevados (>75) de impacto na QV quando associados com enurese noturna e com infecções urinárias, também evidenciados na alternativa “muito”. Nas limitações sociais, houve escores significativos de 76,77, quando associados às infecções urinárias. Assim, as idosas que responderam à alternativa “pouco” aos problemas de bexiga têm a sua QV menos afetada do que as que apontaram a alternativa “muito”, o que foi evidenciado em todos os domínios.

Tabela 15 - Valores médios dos domínios do instrumento de KHQ relacionados aos problemas de bexiga. João Pessoa-PB, 2012 (n=194)

Problemas de bexiga (Sintomas)	Saúde geral	Impacto incontinência	Limitações atividades diárias	Limitações físicas	Limitações sociais	Relações pessoais	Emoções	Sono e disposição	Medidas de gravidade
<i>Frequência de idas ao banheiro</i>									
Um pouco	51,92	33,33	5,95	6,06	7,94	0,00	11,11	3,57	34,52
Mais ou menos	55,00	37,33	6,94	11,11	13,78	2,22	18,67	23,33	38,33
Muito	68,59	66,67	14,91	25,71	35,04	10,68	38,75	35,9	54,91
<i>Noctúria</i>									
Um pouco	54,41	27,45	0,00	6,67	9,88	0,00	8,64	4,63	36,57
Mais ou menos	54,17	43,33	10,34	8,33	20,00	2,61	22,96	27,22	38,89
Muito	63,64	64,39	14,23	21,67	35,10	12,32	39,90	42,80	53,41
<i>Vontade forte de urinar</i>									
Um pouco	51,75	14,62	1,17	0,00	1,56	0,00	4,09	4,68	19,44
Mais ou menos	44,32	36,36	4,76	1,67	14,01	1,96	9,18	9,09	30,07
Muito	64,46	63,05	12,35	21,90	34,00	8,68	40,03	30,12	51,51
<i>Bexiga hiperativa</i>									
Um pouco	51,29	14,94	1,15	0,00	1,53	0,00	4,02	4,60	19,54
Mais ou menos	48,00	40,00	5,56	1,52	17,52	2,12	9,83	16,00	33,33
Muito	63,89	63,37	12,24	22,22	33,20	9,01	40,47	28,40	50,93
<i>Incontinência urinária de esforço</i>									
Um pouco	54,25	18,87	2,52	0,71	6,71	1,90	11,74	12,26	22,48
Mais ou menos	56,94	44,44	9,72	14,14	23,15	8,33	20,37	25,93	40,28
Muito	67,19	66,67	9,72	22,96	29,93	7,69	38,10	20,49	48,47
<i>Enurese noturna</i>									
Um pouco	62,50	50,00	11,11	30,00	44,44	1,85	30,00	18,33	48,33
Mais ou menos	62,50	55,56	5,56	16,67	27,78	13,89	27,78	25,00	48,61
Muito	86,54	92,31	26,67	30,30	54,70	10,42	82,05	55,13	78,21
<i>Incontinência urinária durante a relação sexual</i>									
Mais ou menos	75,00	83,33	41,67	16,67	0,00	16,67	50,00	8,33	66,67
<i>Infecções urinárias</i>									
Um pouco	59,21	50,88	11,67	21,05	22,22	4,17	31,67	33,33	41,67
Mais ou menos	71,43	66,67	2,38	14,29	26,98	16,67	36,51	33,33	47,62
Muito	79,55	81,82	34,85	40,74	76,77	33,33	76,77	48,48	77,27
<i>Dores na bexiga</i>									
Um pouco	58,33	44,44	16,67	22,22	29,63	11,11	25,93	50,00	47,22
Mais ou menos	71,88	62,50	14,58	25,00	41,67	5,56	37,50	52,08	60,42
Muito	65,00	66,67	30,00	11,11	51,11	20,00	46,67	63,33	58,33

Neste tópico, inicia-se a discussão sobre os resultados referentes à caracterização das idosas que autorreferiram IU e o impacto desse problema de saúde na QV dessas mulheres.

5.1 Características sociodemográficas das idosas incontinentes

Esta pesquisa, realizada com mulheres idosas incontinentes, demonstrou resultados concordes com outras pesquisas, no tocante à variável faixa etária, e constatou um percentual significativo entre as que têm idades entre 60 e 70 anos (ABREU et al., 2007, LAZARI; LOJUDICE; MAROTA, 2009, MELO et al., 2012). Dados do Censo 2010 mostraram que 55,12% dos idosos brasileiros estão nessa faixa etária e são considerados por alguns autores como idosos jovens (CALDAS, 2007, CAMARANO; PARSINATO, 2002). Esse achado decorre devido ao fato de o processo de transição demográfica verificado nos países em desenvolvimento ter ocorrido mais recentemente, quando comparado com aquele verificado nos países desenvolvidos (WONG; CARVALHO, 2006).

Quanto aos indicadores da IU, este estudo não observou aumento da prevalência entre as mulheres com o avanço da idade. Esses achados corroboram a pesquisa realizada por Pastor et al. (2003) e se contrapõe à de Grodstein et al. (2007), que identificaram aumento da prevalência da perda urinária com o avanço da idade, sendo que mulheres entre 61 e 65 anos tiveram risco aumentado em 22%, enquanto, nas com mais de setenta anos, o risco foi de 77%, quando comparadas com as mulheres com idade inferior a 50 anos. Nesse contexto, percebe-se que a incidência aumenta linearmente com a idade, o que pode ser considerado como uma síndrome geriátrica, devido à alta prevalência entre os idosos e ao impacto negativo em suas vidas (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010, MELO et al., 2012).

Em relação à situação conjugal, as viúvas predominaram nessa amostra, e quanto ao grau de escolaridade; a maior porcentagem concentrou-se no ensino fundamental. Resultados semelhantes foram encontrados nas pesquisas de Mourão et al. (2008), Abreu (2007) e Tavares et al. (2011), que concluíram que as mulheres

idosas têm mais probabilidade de ficar viúvas e em situação socioeconômica desvantajosa, uma vez que a maioria não tem trabalho remunerado na vida adulta. Considerando-se que, em geral, as mulheres têm uma esperança de vida maior do que a dos homens, e que eles se casam mais tardiamente e recasam com mais facilidade, é comum, entre os idosos, a predominância de casamento entre os homens, e de viúvas, entre as mulheres (LEBRÃO, 2003).

Nos estudos com idosos realizados por Guarisi et al. (2001), Oliveira et al. (2009), Berlezi et al. (2009) e Silva, Souza e D'Elboux (2011) também identificaram baixo grau de escolaridade nos entrevistados. Esses dados corroboram pesquisas realizadas no Nordeste do Brasil, constataram-se taxas elevadas de analfabetismo entre os idosos – 65, em cada cem deles, não sabiam ler e escrever (GARCIA; CARVALHO, 2003; IBGE, 2008; TORRES et al., 2009). No Brasil, em 2008, 32,2% dos idosos eram analfabetos, o que indica um alto percentual de analfabetismo (IBGE, 2009).

Fernandes e Garcia (2010) destacam que, em décadas anteriores, as dificuldades de acesso à educação eram bem maiores, sobretudo para as mulheres. As autoras referem, ainda, que os idosos da atualidade tendem à pouca escolaridade, porquanto, quando jovens, o incentivo à educação, principalmente para as mulheres, não existia. Essa realidade revela-se, também, em outros aspectos como habitação, cultura, renda e saúde.

Quanto às pessoas que faziam parte do arranjo familiar, predominou o arranjo idosa/filho. Vale destacar que, apesar de grande parte dessa população conviver com seus familiares, a IU pode também afetar esses laços. Segundo Baikie (2006), a falta de controle durante a micção é um dos cinco principais motivos para a internação em instituição de longa permanência, juntamente com imobilidade, comprometimento cognitivo, quedas e acidente vascular cerebral. Camarano et al. (2004) salientam que os aspectos inerentes aos arranjos familiares são complexos e difíceis de ser analisados e divergem nos diferentes estudos.

Referente à ocupação, a maioria referiu ser aposentada ou pensionista, com renda familiar de até dois salários mínimos, apresentando 1,5 pessoas dependentes dessa renda. Os estudos de Tavares et al. (2011) e Melo et al. (2012) demonstraram

resultados semelhantes relativos à renda. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2003, 42,1% e 40,9% da renda familiar, nas Regiões Nordeste e Sudeste, respectivamente, eram provenientes das aposentadorias. Convém ressaltar que uma boa situação socioeconômica associa-se a uma melhor QV.

5.2 Características clínicas das idosas incontinentes

A IU é determinada por múltiplos fatores, a saber: obesidade, doenças crônicas (diabetes mellitus, esclerose múltipla, demência, depressão), uso de medicamentos, consumo de cafeína, tabagismo, exercícios físicos rigorosos, história gineco-obstétrica e modificações fisiológicas presentes com avanço da idade, particularmente as alterações hormonais secundárias ao climatério e à menopausa (MARGALITH; GILLON; GORDON, 2004, HIGA; LOPES; REIS, 2008, MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Dentre as principais morbidades evidenciadas pelas mulheres entrevistadas, predominaram a hipertensão arterial sistêmica, a osteoporose, a diabetes *mellitus*, a cistocele e a depressão, além da constipação que, apesar de não constituir uma morbidade, representa um sintoma que, geralmente, revela alterações funcionais do intestino e pode afetar o padrão da eliminação urinária. A presença de fezes impactadas na ampola retal pode ser responsável por alterações na eliminação urinária, devido ao aumento da pressão do reto sobre a bexiga (HONÓRIO; SANTOS, 2009). Além disso, o esforço repetitivo para evacuar pode comprometer a integridade dos músculos do assoalho pélvico (MARINHO et al., 2006, HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Vários estudos correlacionam a hipertensão arterial sistêmica e o acidente vascular encefálico com a IU (TAMANINI et al., 2006, HSIEH et al., 2008, HIGA; LOPES; REIS, 2008), assim como a diabetes *mellitus* (LANDI et al., 2003, HSIEH, et al. 2008, SANTOS et al., 2008) e a cistocele (MARINKOVIC; STANTON, 2004, BUCHSBAUM, 2006). A literatura evidencia que a experiência da IU suscita na mulher constantes sentimentos, muitas vezes negativos, que podem resultar em

depressão (BORBA; LELIS; BRETÂS, 2008). Oh e Ku (2006) afirmam que, embora não seja uma condição fatal, a IU causa depressão, ansiedade e baixa autoestima.

Os resultados demonstraram, também, que a maioria das idosas referiu já ter apresentado algum desconforto como dor, ardência ou dificuldade de urinar. A infecção do trato urinário é considerada um dos fatores concorrentes ou mesmo causais da IU visto que piora o comportamento da bexiga já instável, ao aumentar o número e a frequência de suas contrações involuntárias (SILVA; SANTOS, 2005).

Esse tipo de infecção é muito comum em todas as faixas etárias, em especial, no sexo feminino. A origem embriológica comum da bexiga, da uretra, do ureter e do trato genital responde na mulher a um estímulo estrogênico, cujo declínio de produção com o climatério pode alterar a fisiologia desses órgãos, entre elas, risco aumentado de infecção urinária (CARVALHO, 2002). Ademais, a infecção urinária no idoso favorece a confusão mental, fenômeno que também pode ocasionar perda involuntária de urina (PARAZZINI et al., 2000, LANDY et al., 2003, REIS et al., 2003).

Além dessas morbidades que guardam estreita relação com a IU, outros problemas de saúde comuns ao envelhecimento, como a insuficiência cardíaca, o déficit visual, as doenças que interferem na mobilidade do idoso, a exemplo das alterações neurológicas, podem dificultar a deambulação e a velocidade de deslocamento do idoso e impedir que chegue ao banheiro. É oportuno destacar que o processo do envelhecimento diminui o controle neuromuscular e interfere no desempenho do assoalho pélvico e nas funções motoras que envolvem a eliminação urinária (DEDICAÇÃO; SALDANHA; DRIUSSO, 2011).

No tocante às comorbidades, condição verificada nesta investigação, destacaram-se as idosas que citaram três patologias associadas. Esse achado guarda consonância com outros estudos locais (LEITE-CAVALCANTI et al., 2009, BELÉM, 2011, LOUREIRO, 2011), em que a maior parte dos idosos referiram, em média, três a cinco comorbidades. Essas projeções indicam que, aproximadamente, 80% das pessoas acima de 65 anos apresentam, pelo menos, um problema crônico de saúde, e 10% delas têm, no mínimo, cinco desses problemas. Esse resultado expressa a prevalência de morbidades com tendências a limitações progressivas,

especialmente entre os idosos mais idosos (PEDRAZZI; RODRIGUES; SCHIAVETO, 2007), em quem são comuns as comorbidades.

Em relação à variável medicação, 92,3% das mulheres pesquisadas disseram que usavam algum tipo de medicamento, com destaque para os anti-hipertensivos. A literatura aponta que alguns medicamentos aumentam a frequência e a urgência urinária. Considerando isso, Higa, Lopes e Reis (2008) afirmam que situações transitórias são responsáveis por 50% dos casos de IU, especialmente o uso de medicamentos, uma vez que podem interferir tanto na função vesical quanto na uretral.

Os fármacos de ação anti-hipertensiva mais utilizados pelas mulheres envolvidas neste estudo foram os diuréticos e os inibidores da enzima conversora de angiotensina. Ressalte-se que os diuréticos aumentam a produção de urina e provocam urgência urinária, fatores predisponentes para perder urina (HIGA; LOPES, 2005, MARINHO et al., 2006), enquanto que os inibidores da enzima conversora de angiotensina podem levar à perda de urina por provocar tosse e, por sua vez, aumentar a pressão abdominal (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Outros estudos afirmam que os anti-hipertensivos afetam funcionalmente o trato urinário inferior (MARINHO et al., 2006, BERLEZI et al., 2011, DEDICAÇÃO; SALDANHA; DRIUSSO, 2011). Ampliando essa análise, Coelho et al. (2007) verificaram que medicamentos com ação antidepressiva, diurética e anti-hipertensiva, bem como suplementos hormonais, apresentam relação significativa com a IU, com probabilidade de surgimento de incontinência 2,8 a 5 vezes maior quando comparado com pessoas que não usam esses medicamentos.

Além dessas substâncias, outras drogas como tranquilizantes, antidepressivos, antiparkinsonianos, antiespasmódicos e opiáceos podem apresentar efeitos colaterais anticolinérgicos, diminuir a contractilidade do músculo detrusor e causar retenção urinária, que pode precipitar o aparecimento de incontinência de estresse ou de transbordamento. Os sedativos e hipnóticos de longa duração, como o diazepam, também podem alterar a percepção dos pacientes idosos, levando a episódios de incontinência (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Quanto à terapia de reposição hormonal, apenas 2,2% das entrevistadas relataram que a realizavam. Sabe-se que o hipostrogenismo provoca alterações tróficas na uretra e na bexiga e, conseqüentemente, disfunção miccional (MARINHO et al., 2006, MOURÃO et al., 2008). Corroborando essa assertiva, Higa, Lopes e Reis (2008) afirmam que a idade não é fator determinante para o aparecimento da IU, porém, pode constituir um agravante, pelo déficit hormonal observado com o avançar da idade.

Além desses fatores predisponentes da IU, a literatura destaca o índice de massa corpórea elevado, o consumo excessivo de café e de chá e o uso de cigarro. Considerando esses fatores, uma minoria das mulheres envolvidas neste estudo (7,2%) tinha o hábito de fumar (DEDICAÇÃO; SALDANHA; DRIUSSO, 2011). Saliencia-se que substâncias como nicotina e monóxido de carbono, presentes no cigarro, estimulam a contração da musculatura detrusora e desencadeiam tosse crônica e elevação da pressão abdominal nos tabagistas, que provoca a IU (FUGANTI; GOWDY; SANTIAGO, 2011).

Em relação à procura de serviços ou assistência para o manejo da IU, no âmbito desta investigação, a maioria das mulheres (82%) não aderiu a essa assistência, condição amplamente observada nas diferentes pesquisas. Solano, Scazufca e Menezes (2011) identificaram que, aproximadamente, 80% dos idosos que referiram IU não procuraram tratamento. Segundo Fonseca et al. (2005) e Higa et al. (2010), 30% a 50% das pessoas que sofrem de IU não relatam espontaneamente esse fato ao médico ou à enfermeira e só procuram o serviço de saúde após o primeiro ano do início dos sintomas por acharem que a perda de urina é esperada com o evoluir da idade. Apesar disso, silenciosamente, sua autoestima é afetada, e elas ficam deprimidas, angustiadas, irritadas e isoladas socialmente (LOPES; HIGA, 2010).

Alguns autores apontam razões comuns para a não procura de tratamento: o fato de a IU não ser vista como algo sério ou anormal e ser considerada parte integrante do processo de envelhecimento; a baixa expectativa nos benefícios do tratamento e a falta de conhecimento de onde buscá-lo; vergonha, hesitação ou medo de consultar os profissionais de saúde; custos elevados da consulta com um

especialista, entre outras (MINASSIAN; DRUTZ; AL-BADR, 2003, SILVA; LOPES, 2009).

Oliveira et al. (2009) ressaltam que, no contexto dos serviços de saúde, a IU tem sido subestimada e não é abordada adequadamente pelos profissionais. Essa realidade inviabiliza a realização do diagnóstico e do tratamento precoce do fenômeno e interfere negativamente na qualidade de vida das mulheres, prejudicando seu desempenho sexual, ocupacional e social (HIGA; LOPESb, 2007).

Quanto aos antecedentes ginecológicos e obstétricos das idosas envolvidas neste estudo, o índice de paridade constituiu dado relevante (92,8%), com média de 6,0 partos normais e de 1,3 cesarianas. Valores similares foram encontrados no estudo de Mourão et al. (2008), que verificou um percentual de 78,94% de partos vaginais nas mulheres entrevistadas, com média de partos próxima a cinco.

A literatura apresenta a paridade como um dos principais fatores de risco para a IU, especialmente porque, de modo geral, produz trauma perineal e prolapso genital (PREGAZZI et al., 2002, VAN DER VART, 2002, RORTVEIT et al., 2003, CAETANO et al., 2004, BARBOSA, 2005, HUANG et al., 2006, MARINHO et al., 2006, OLIVEIRA et al., 2007, HERBRUCK, 2008). Essa assertiva é consubstanciada por outras pesquisas que verificaram uma incidência maior de IU em mulheres múltíparas quando comparadas com primíparas (PREGAZZI et al., 2002, RORTVEIT et al., 2003, HIGA; LOPES, 2005, ALBRESCHT, 2006, SCARPA et al., 2008).

A associação entre variáveis relacionadas ao parto normal e à IU foi verificada em estudo norueguês, que incluiu 11.397 mulheres. Nesta pesquisa, identificou-se que há uma relação estatisticamente significativa entre a IU e o peso do recém-nascido de pelo menos 4 kg; anestesia epidural e parto pélvico e, finalmente, urge-incontinência e circunferência cefálica do recém-nascido igual ou superior a 38 cm. Ademais, os autores relataram que a incidência de IU de qualquer tipo aumentou com a paridade, com o índice de massa corpórea e com o tempo decorrido entre os partos (RORTVEIT et al., 2003).

No estudo de Martins-Costa e de Ramos (2005), verificou-se que o parto vaginal tem *odds ratio* (OR) 2, com intervalo de confiança (IC) a 95% de 1,5 a 3,1 para a IU moderada a grave, em relação à cesariana, com o risco de provocar

incontinência urinária, e cai de 10% para 5% se uma mulher tiver todos os seus filhos por cesariana eletiva. O parto vaginal está associado ao aumento de casos de IU quando comparado com o parto cesáreo, no entanto, isoladamente, ele não é o causador da IU, mas quando associado às lesões e aos traumas do assoalho pélvico (BARBOSA et al., 2005).

Considerando ainda a paridade como fator de risco para a IU, ressalta-se, também, que tanto o parto vaginal quanto a cesariana enfraquecem a força muscular do assoalho pélvico (BARBOSA et al., 2005), porém, a prevalência de IU em mulheres no pós-parto cesariano foi menor quando feita comparação com mulheres submetidas a parto normal, no mesmo período (HVIDMAN et al., 2002, EFTEKHAR, 2006). Do mesmo modo, pesquisa realizada por Foldspang et al. (2004) concluiu que a IU no pós-parto relaciona-se ao parto normal, todavia os dados não mostram resultado significativo para menor ocorrência de IU no pós-parto cesariano.

No tocante aos antecedentes cirúrgicos, 76,3% das idosas relataram ter realizado algum tipo de cirurgia ginecológica, urinária e/ou obstétrica, destacando-se as cesarianas, as perineoplastias e as histerectomias. Resultados semelhantes foram identificadas no estudo de Mourão et al. (2008), segundo o qual 61,9% das mulheres entrevistadas tinham antecedentes de histerectomias. Vários autores (ALTMAN et al., 2007, MINASSIAN; STEWART; WORD, 2008, DEDICAÇÃO; SALDANHA; DRIUSSO, 2011) afirmam que as histerectomias podem estar relacionadas ao desenvolvimento da IU, em decorrência dos danos que a cirurgia pode acarretar às estruturas de suporte pélvico que sustentam a bexiga e a uretra.

Van Geelen et al. (2000), em estudo com 2.157 mulheres com idades entre 50 e 75 anos, verificaram que as mulheres histerectomizadas relatavam queixas urogenitais moderadas e severas mais frequentemente do que as não histerectomizadas. Do mesmo modo, pesquisas Taiwanesas verificaram correlação entre histerectomia e IU em mulheres em idade adulta (20 a 59 anos) e idosa (maior de 60 anos) (HSIEH et al., 2007, 2008).

Quanto aos tipos de IU mais frequentemente observados entre as mulheres envolvidas nesta pesquisa, sobressaíram-se, respectivamente, a IUU e a IUE, o que está em consonância com os resultados dos estudos de Borges et al. (2009),

Dedicação et al. (2009), Lazari; Lojudice e Marota (2009) e Silva, Souza e D'Elboux (2011).

Resultados divergentes foram encontrados no estudo de Melo (2012), que identificou um percentual maior de idosas com sintomas de IUM (58,4%), seguido das que evidenciavam sintomas de IUU (25%) e de IUE (16,6%). Ampliando essa divergência, Silva e Lopes (2009) verificaram que a IUE ocorreu com mais frequência entre mulheres mais jovens, enquanto a IUM e a IUU predominaram nas mais idosas. Para Moreno e Diniz (2004), Karantanis et al. (2004), Fonseca et al. (2005), Sebben e Tourinho Filho (2008), Oliveira et al. (2009), a IUE é a mais frequente entre as idosas.

Cabe destacar que a IU, independentemente de da forma como se apresenta, determina prejuízo para a QV e gera uma variedade de percepções e respostas entre as pessoas (KLÜBER, 2002, CÂMARA et al., 2010), aspectos observados nesta investigação e discutidos nos tópicos seguintes.

5. 3 Qualidade de vida de idosas incontinentes medida pelo ICIQ-SF

Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia (2006), a anamnese relacionada à IU deve trazer aspectos relativos ao início dos sintomas, à frequência, à quantidade, à gravidade e ao impacto na QV. Considerando essa recomendação, por meio do instrumento ICIQ-SF, verificou-se que, apesar de a maioria das mulheres (64,95%) ter referido pequena perda de urina, um índice relevante salientou essa perda diversas vezes ao dia (25,77%). Sobre a quantidade de urina perdida, o número de mulheres que registraram perda urinária moderada ou grande foi significativo.

Esses resultados são similares aos de outros estudos nacionais e internacionais feitos com idosos incontinentes, nos quais foi identificado que a maioria dos participantes referiu perda de urina, em média, uma vez por semana e em pouca quantidade (KARANTANIS et al., 2004; SEBBEN; TOURINHO FILHO, 2008; OLIVEIRA et al., 2009; MELO et al., 2012). Porém, outras investigações verificaram que a maioria das pessoas incontinentes referiu perda de urina diversas vezes ao dia (SILVA; LOPES, 2009; LAZARI; LOJUDICE; MAROTA, 2009; SILVA; SOUZA; D'ELBOUX, 2011). Estudo realizado em Hong Kong, com 148 idosos em acompanhamento ambulatorial, observou que 16,7% dos entrevistados disseram que perdem urina menos do que três vezes por semana, 12,5%, diariamente, e 4,2%, de três a seis vezes por semana (MIU; LAU; SZETO, 2010).

Acerca da interferência direta da IU nas atividades diárias e na QV das mulheres, a pesquisa revelou que a soma das mulheres que atribuíram pontuação diferente de zero e, portanto, representativa de prevalência de idosas incontinentes com prejuízo na qualidade de vida, foi de 88,14%. Do mesmo modo, no estudo de Lazari, Lojudice e Marota, (2009) a maioria (72,5%) das idosas referiu alguma interferência no que tange à perda urinária na vida diária.

No que concerne ao impacto da perda urinária na vida diária das idosas, verificou-se escore médio de 10,22, com desvio-padrão de 5,01, classificado como um impacto muito grave. Esse resultado está em concordância com o verificado no estudo de Silva e de Lopes (2009), em que, mediante uso do mesmo instrumento,

identificou escore médio de impacto da IU sobre a vida das idosas correspondente a 12,83, com desvio-padrão de 4,89.

No concernente à associação dos resultados referentes aos tipos de IU com aqueles relativos ao impacto da perda urinária na vida diária das mulheres expressos pelo escore geral do ICIQ-SF, evidenciou-se achado estatisticamente significativo ($p < 0,001$) entre IUE e IUM e prejuízo na QV das idosas. Pesquisa realizada por Lopes e Higa (2006) verificou que a IUM e a IUE foram os tipos de incontinência que mais afetaram a vida das mulheres pesquisadas. No estudo de Tamanini (2003), a QV dos seus participantes foi considerada mais prejudicada quando o tipo de queixa era a IUM. Contrapondo esses achados, Coyne et al. (2003) observaram que as mulheres com IUM e urge-incontinência têm menor índice de QV do que as portadoras de IUE.

Assim, que no que diz respeito às características da IU, não há consenso na literatura sobre aquela que exerce maior impacto sobre a QV. Contribui para isso o fato de a IU ser um evento determinado por múltiplos fatores, como: estado de saúde do sujeito, comorbidades, grau de dependência funcional, entre outros. Esses aspectos também prejudicam a QV (SILVA; SOUZA; D'ELBOUX, 2011).

5.4 Qualidade de vida de idosas incontinentes mediada pelo KHQ

O instrumento KHQ é considerado um questionário completo, que avalia o impacto da incontinência, a partir da percepção da pessoa portadora do problema sobre o impacto dos sintomas urinários em diferentes dimensões de sua vida (BORGES et al., 2009). A Sociedade Internacional de Continência o classifica como “altamente recomendável”, ou nível “A” para utilização em pesquisas clínicas, principalmente por sua popularidade e pelo fato de já estar em uso, depois de ter sido traduzido e validado em outros idiomas (ABRAMS et al., 2001).

O KHQ envolveu a análise da percepção das idosas acerca da interferência da IU sobre os domínios: percepção geral de saúde, impacto da IU, limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relacionamento pessoal, aspectos emocionais, sono/disposição e medidas de gravidade. Considerando o

escore global referente à avaliação desses domínios (quanto mais próximo de 100, maior o impacto da IU na QV), nas idosas envolvidas neste estudo, foram verificados, respectivamente, como domínios mais afetados: saúde geral (55,96), impacto da incontinência (40,07), medidas de gravidade (35,31) e emoções (21,19).

Assim, a média de escore da percepção geral de saúde, neste estudo, foi de 55,96; em outras pesquisas, identificaram-se outros valores: Câmara et al. (2010) identificaram escore médio de 37,8; no estudo de Mourão et al. (2008), esse escore correspondeu a 38,10; já a pesquisa de Tamanini *et al.* (2003) obteve um escore mais elevado (45,2), em uma amostra de 156 entrevistadas.

Quanto à percepção geral de saúde, no âmbito deste estudo, predominaram as idosas que avaliaram sua saúde como normal e ruim. Porém, 77 (39,7%) expressaram uma autopercepção negativa da saúde (ruim ou muito ruim). Resultado similar foi encontrado no estudo de Borges et al. (2009), feito com mulheres de 40 a 70 anos com IU, no qual metade das entrevistadas avaliou seu estado de saúde como regular ou normal e, aproximadamente, um terço classificou tal condição como ruim ou muito ruim. Do mesmo modo, estudo de Oliveira et al. (2009) que envolveu idosos portadores de IU observou que 50% deles consideraram sua saúde boa, e 38,24%, normal.

Convém destacar que a percepção da saúde tem sido descrita como um importante preditor de sobrevivência entre idosos e influenciada por fatores como: idade, sexo, fatores socioeconômicos e a presença de comorbidades. Estudos nacionais e internacionais (IDLER, 2003, PASKULIN; VIANNA, 2007, BARROS et al., 2009) têm indicado que a autopercepção de saúde é altamente correlacionada com alterações da saúde de natureza crônica, a exemplo da IU.

Assim como a percepção geral da saúde, ressalta-se a relevância do domínio impacto da IU sobre a QV das idosas, com escore médio de 40,07. Em estudos realizados por Mourão et al. (2008) e por Tamanini et al. (2003), em que foi utilizado o instrumento de KHQ, verificou-se que a maioria das mulheres incontinentes referiram prejuízos em todos os domínios, porém, o domínio que alcançou maior escore foi o do impacto da IU, com 53,96 e 75,00 respectivamente. O estudo de

Câmara et al. (2010) obteve escore médio de 51,6 para esse domínio. Silva e Lopes (2009) verificaram um escore maior (66,7) na avaliação do impacto da IU na QV.

No que concerne à interferência da IU no domínio emoções, a média do escore encontrado nesse domínio foi de 21,19. Na abordagem desse item, a maioria das mulheres não se deprime (67%) nem fica ansiosa (67,5%) com a experiência do problema. Resultado semelhante a esse foi encontrado no estudo de Oliveira et al. (2009), pois 71,57% não se consideram em estado de depressão, nervosismo, ansiedade ou mal-estar em decorrência da IU. Nos estudos de Câmara et al. (2010), Mourão et al. (2008) e Tamanini et al. (2003), foram verificados valores maiores, correspondentes a 30,9; 34,92 e a 68,7, respectivamente.

Segundo Silva e Santos (2005), a IU é considerada uma das mais importantes e recorrentes síndromes geriátricas, na medida em que muitos são os seus impactos na vida dos idosos. Nesse contexto, merecem destaque as implicações negativas nas esferas emocional, social e econômica, tanto para o indivíduo incontinente quanto para seus familiares e cuidadores.

Quanto ao domínio medidas de gravidade, houve um escore médio de 35,31. Resultados semelhantes foram verificados nos estudos de Câmara et al. (2010), que constataram um escore de 38,7, assim como no estudo de Mourão et al. (2008), cujo escore foi de 43,78. É oportuno destacar que a análise detalhada das medidas de gravidade permitiu identificar algumas das dificuldades enfrentadas pelas idosas incontinentes, especialmente a necessidade de usar protetor ou absorvente (42,3%); a restrição de líquidos (41,7%), principalmente quando saem de casa, para evitar constrangimentos; a constante necessidade de trocar a roupa íntima, por ficarem molhadas de urina (89,7%) e a preocupação com a possibilidade de estarem cheirando a urina devido à perda involuntária (71,1%).

No estudo de Oliveira et al. (2009), 82,35% das mulheres preocupavam-se com o fato de estar cheirando a urina, e 64,71% enfatizaram a necessidade de trocar de roupa íntima. Outras investigações verificaram que a estratégia mais utilizada pelas mulheres para minimizar a IU é o uso de forro e/ou absorvente higiênico, para sair de casa com mais segurança (LOPES; HIGA, 2006; OLIVEIRA et al., 2007; HONÓRIO; SANTOS, 2009, BORBA; LELIS; BRÊTAS, 2008). A despeito

disso, Tamanini et al. (2003) concluíram que a QV era pior nas mulheres que utilizavam absorventes ou forros e ainda quando o número de trocas de absorventes usados por dia ultrapassava quatro unidades.

Considerando, ainda, as estratégias adotadas por mulheres incontinentes para minimizar o problema, Fitzgerald et al. (2002) verificaram que 47,3% usavam absorventes, 28% esvaziavam a bexiga em intervalos programados, 18% limitavam a ingestão hídrica, 14% não ingeriam cafeína, 13% levavam roupas extras para trocar durante a jornada de trabalho, e 11% usavam perfumes ou desodorantes para minimizar o odor de urina. Ressalta-se que o manejo inadequado do problema, como a restrição prolongada de líquidos para reduzir os episódios de IU, pode causar complicações como infecção urinária e dano renal.

Dado o exposto, depreende-se que a IU é uma condição constrangedora com importantes implicações psicossociais. O medo do odor demonstra ser de alto impacto na restrição social (TEUNISSEN et al., 2006). Alguns autores, como Kizilkaya et al. (2005) e Honório e Santos (2009), referem que a vida social das pessoas incontinentes passa a depender da disponibilidade de banheiros ou de “pontos de apoio”. Conforme Pedro et al. (2011), as restrições relatadas pelas pessoas incontinentes são os acometimentos sociais, sexuais, as alterações psicoemocionais e a diminuição da qualidade do sono/repouso, que prejudicam a QV. Corroborando esse pensamento, o estudo realizado por Lopes e Higa (2006), com 164 mulheres com queixa de IU, revelou que 104 (64%) mencionaram uma ou mais restrições em sua vida diária, decorrentes da IU, com destaque para as alterações nas atividades sexuais (40,9%), sociais (33,5%), domésticas (18,9%) e ocupacionais (15,2%).

Abrel et al. (2007), ao analisar a QV de idosas incontinentes, identificaram comprometimento psicológico relacionado à preocupação em perder urina em locais não apropriados. No entanto, o isolamento social foi pouco observado, pois muitas idosas relataram uso de estratégias de autocuidado, tais como absorventes e o toalete para manter a rotina social.

Diferentemente das mulheres norte-americanas com IU, que referiram que a esfera das relações sociais foi a mais afetada (FULTZ et a., 2005), as pacientes do

presente estudo apresentaram os domínios saúde geral, impacto da IU e emoções e medidas de gravidade mais afetados. Tal diferença pode ser explicada pelas diferenças entre o nível socioeconômico, de escolaridade e de atividade laboral remunerada entre essas populações.

Na avaliação da associação entre os resultados obtidos nos domínios do KHQ e os problemas de bexiga, constataram-se mais prejuízos na QV (Tabela 15) na correlação entre saúde geral e impacto da incontinência com a enurese noturna, perda de urina durante as relações sexuais e infecções urinárias. Do mesmo modo, nos domínios emoções e medidas de gravidade evidenciou-se maior impacto na QV quando associados com a enurese noturna e as infecções urinárias. Nas limitações sociais, a pesquisa encontrou escores significativos quando associados às infecções urinárias.

A despeito disso, os resultados dessas associações não guardam consonância com outras pesquisas, provavelmente por causa da diversidade das populações estudadas, dos variados problemas de bexiga, dos domínios prevalentes e das diferentes formas de apresentar os dados desses estudos adotados pelos autores.

Considerando esses aspectos, o estudo de Fonseca et al. (2005) revelou que o número de micções diurnas e noturnas referidas foi o fator que mais prejudicou a QV. O aumento da frequência urinária se relacionou com mais limitação das atividades da vida diária, e isso alterou os sentimentos, o relacionamento pessoal e, por sua vez, o isolamento social. Da mesma forma, o número de micções noturnas demonstrou alterar o sono, a energia e as emoções das mulheres incontinentes. A urgência, juntamente com a IUE, influenciou o domínio da limitação social.

O estudo de Borges et al. (2009) verificou que os sintomas de frequência, noctúria, urgência, urge-incontinência e perdas dos esforços foram referidos como de muito impacto na QV. Por outro lado, dor e infecção urinária de repetição mostraram-se menos importantes. Observou-se, ainda, que as pacientes com bexiga hiperativa (BH) e IUM apresentaram pontuação significativamente maior no domínio sono e disposição, quando comparadas com aquelas com apenas queixa de perda urinária aos esforços. Isso é esperado, tendo em vista que os sintomas de BH

incluem noctúria, enurese e, principalmente, urgência e urge-incontinência obrigam as pacientes a levantarem várias vezes à noite para urinar, o que ocasiona dificuldade de recuperar o sono.

Em pesquisa realizada por Azevedo (2008), os domínios com maiores prevalências foram: percepção da saúde, sono e disposição e as limitações das atividades de vida diária. As variáveis referentes aos sintomas específicos de BH (frequência diurna aumentada, urgência, urge-incontinência) tiveram uma associação positiva e significativa, porém a última foi a mais importante em todos os domínios do KHQ, com destaque para o impacto da IU.

Outros achados das literaturas nacional e internacional mostram que a IU, associada ao aumento da frequência urinária, à noctúria e à urgência miccional, demonstrou prejuízos nos escores dos domínios do KHQ, os quais envolvem as realizações de atividades físicas, domésticas, o relacionamento social, o sono e disposição da maioria das mulheres (NEUMANN et al., 2005; RETT et al., 2007).

Mediante as ponderações apresentadas, percebe-se que as alterações decorrentes da IU promovem expressivas interferências negativas na QV das idosas, com consequências físicas, sociais, emocionais e econômicas. Desse modo, ressalta-se a relevância do cuidado multidisciplinar para fazer frente aos problemas enfrentados pelas mulheres portadoras de IU. Para isso, é necessário implementar políticas e programas de intervenção que promovam a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde dessa população, uma vez que o fenômeno sob análise é multideterminado, especialmente nas mulheres idosas, portanto, requer uma atenção holística.

6 Conclusão

Os resultados encontrados no estudo com idosas atendidas no Centro de Atenção Integral a Saúde do Idoso de João Pessoa-PB que autorreferiram IU permitiu a identificação das características sociodemográficas e clínicas dessa população. Das 194 mulheres estudadas, com idades entre 60 e 92 anos, prevaleceram as idosas jovens, com média de idade de 70,62; viúvas (39,7%); com baixa escolaridade (52,6%), cuja fonte de renda corresponde à aposentadoria ou pensão (82,6%), com cerca de até dois salários mínimos (79,4%), de cujo rendimento depende 1,5 pessoas. Na conformação do arranjo familiar, observou-se que a maioria (27,8%) mora com filhos.

No tocante às características clínicas, as morbidades mais evidenciadas foram: hipertensão arterial (87,2%), osteoporose (34,8%), diabetes *mellitus* (32,3%), cistocele (29,9%) e depressão (17,1%), além de constipação (15,2%), dentre outras. A maior parte (22,7%) afirmou que apresenta três comorbidades e usa algum medicamento (92,3%), principalmente os anti-hipertensivos (63,7%), dentre eles, os diuréticos (41,2%) e os inibidores da enzima conversora de angiotensina (35,1%). A minoria (7,2%) tinha o hábito de fumar, e a maior parte (82%) não recorria aos serviços e/ou assistência para o manejo da IU.

Em relação aos antecedentes ginecológicos, urinários e/ou obstétricos, a maioria (76,3%) das idosas relatou ter realizado algum tipo de cirurgia, destacando-se as cesarianas (44,6%), as perineoplastias (38,5%) e as histerectomias (38,5%). Em relação à paridade, prevaleceram, com 92,8%, as mulheres que afirmaram ter tido pelo menos uma gestação no curso de suas vidas. Quanto ao tipo de parto, identificou-se uma média de 6,0 (DP= 3,76) partos normais e de 1,3 (DP=0,64) cesarianas. Quase todas as idosas (68,6%) declararam que já haviam apresentado algum desconforto como dor, ardência ou dificuldade de urinar. O estudo mostrou que o tipo de IU de maior prevalência foi a do tipo urgência, seguido da IUE e da IUM.

O presente estudo revelou, ainda, que 88,14% das idosas incontinentes tinham prejuízo na qualidade de vida, independentemente da quantificação dessa interferência. Considerando o impacto da IU na QV das idosas mensurado a partir do ICIQ-SF, obteve-se um escore médio de 10,22, classificado como um impacto muito

grave. Além disso, a IUE e a IUM apresentaram relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) com o prejuízo da QV das idosas incontinentes. Tomando por base os resultados obtidos por meio do KHQ, observou-se que a IU exerceu influência negativa na QV das entrevistadas nos domínios saúde geral (55,96), impacto da incontinência (40,07), medidas de gravidade (35,31) e emoções (21,19).

Nesse sentido, os resultados confirmam a relevância da QV nos estudos, como proposto pela ICS, por meio da utilização de instrumentos fidedignos e consistentes, como os utilizados nesta pesquisa, considerando seus aspectos objetivos e subjetivos que o compõem, porquanto vislumbrar o indivíduo numa perspectiva holística é mais do que somar as partes, é perceber a integração e a interação de todas as dimensões de sua vida.

Convém destacar que, embora o conceito de longevidade esteja cada vez mais difundido, e as organizações se preocupem em oferecer estratégias que possam melhorar a QV dos idosos, esta pesquisa revelou que ainda há muito que se fazer pelas mulheres incontinentes, pois, apesar de terem um impacto negativo substancial na QV em decorrência da IU, a maioria delas não considerava o fenômeno como um problema de saúde, mas como um evento natural do envelhecimento, que adaptam ao seu cotidiano.

Esses resultados reforçam a assertiva de que os profissionais da área de Saúde devem abordar adequadamente esse problema, e os serviços de saúde devem se preocupar em organizar equipes multidisciplinares capacitadas para atender às mulheres portadoras de IU, no sentido de orientá-las e oferecer-lhes condições de atendimento acolhedor e individualizado, com ênfase nos aspectos emocionais e psicossociais, a fim de desenvolver um plano de tratamento ideal para cada caso.

A partir do exposto, conclui-se que os resultados empíricos obtidos por meio deste estudo representam subsídios importantes para o planejamento e para a implementação de intervenções de enfermagem específicas, para melhorar as condições de vida e o bem-estar dessas mulheres e servir de base para o ensino e o desenvolvimento de outras pesquisas que subsidiem a prática, envolvendo o cuidado de enfermagem voltado para a mulher idosa portadora de IU.

Nessa perspectiva, sugerem-se outras pesquisas acerca da temática, especialmente aquelas de intervenções que primem por analisar a abordagem terapêutica não farmacológica ou medidas comportamentais, que devem sempre ser a sua primeira forma de tratamento específico, no sentido de melhorar a QV das mulheres idosas incontinentes, o que constitui o intuito da pesquisadora.

ABRAMS, P. et al. **Incontinence**. 3. ed. Plymouth: Plymbridge, 2001.

ABRAMS, P. et al. Third Internacional Consultation on Incontinence. **International Continnence Society**. Monte Carlo: Monaco, p. 26-29, 2005.

ARAUJO, José Duarte de. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, dez., p. 533-38, 2012.

BARBOSA, A. M. P. et al. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n.11, p. 677-82, 2005.

BARROS, M.B.A. et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil. **Rev. saúde pública**, v. 43, sup.2, p.27-37, 2009.

BELÉM, P.L.O. **Autopercepção do estado de saúde e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande-PB**. 2011.110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, 2011.

BORBA, A. M. C.; LELIS, M. A. S.; BRÊTAS, A. C. P. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 3, p.127-35, 2008.

BORGES, J. B. R. et al. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária pelo uso do Kings Health questionnaire. **Einstein**, v. 7, n. 3, p. 308-313, 2009.

CAETANO, A. S. et al. Influência da atividade física na qualidade de vida e auto-imagem de mulheres incontinentes. **Rev Bras Med Esporte**, v. 15, n. 2, p. 93-97, 2009.

CALDAS, C. P. Quarta idade: a nova fronteira da gerontologia. In: PAPALÉO NETTO, M. (org.). **Tratado de gerontologia**, 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap.12. p. 163-76.

CALDAS, C. P; CONCEIÇÃO, I. R. S.; JOSÉ, R. M. C; SILVA, B. M. C. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. **Texto Contexto – enferm.**, Florianópolis, v.19, n.4, out-dez. p.783-788, 2010.

CALIŃSKI, T.; CORSTEN, L. C. A. Clustering means in ANOVA by Simultaneous Testing. **Biometrics**. Washington, v. 41, n. 1, p. 39-48, 1985.

CÂMARA, C. N. S. et al. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida em um grupo de mulheres de 40 a 70 anos. **Rev. para. med.**, v. 23, n.1, p.1-7, 2010.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CAMARANO, A. A. et al. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. A., organizador. **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.

CAMARANO, A. A.; PARSINATO, M. T. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Texto para discussão. n. 858. Rio de Janeiro, 2002.

CAMPBELL, D.T.; STANLEY, J.C. **Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p.725-733, mai.-jun. 2003.

COELHO, M.; SALVADO, A.; ROBALO, L. Incontinência urinária feminina: prevalência em 2006 e fatores predisponentes na população de Setúbal. **Essfisionline**, n.3, v.1, p.3-14, 2007.

COSTA, E. F. A. et al. Semiologia do idoso In: PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 2005. Cap. 9. p. 154-83.

COYNE, K.S. et al. The prevalence of nocturia and its effect on health-related quality of life and sleep in a community sample in the USA. **BJU Int.**, v. 92, n. 9, p. 948-54, 2003.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisa sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-38, ago. 2003.

DEDICAÇÃO, A. C.; SALDANHA, M. E. S.; DRIUSSO, P. Tratamento das incontinências no idoso. In: PERRACINI, M.R.; FLÓ, C.M. **Funcionalidade e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

DEDICAÇÃO, A. C. et al. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. **Rev Bras Fisioter**. São Carlos, v. 13, n.2, p. 116 – 22, abr. 2009.

FARINATTI, P. T. V. **Envelhecimento, promoção da saúde e exercício**: bases teóricas e metodológicas. cap.2. Barueri: Manote, 2008. p. 17-21.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, L. G. **O sentido da velhice para homens e mulheres idosos**. Saúde Soc. v. 19, n.4, p. 771-83, 2010.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, L. G. O sentido da velhice para homens e mulheres idosos. **Saúde Soc.** v. 19, n.4, p. 771-83, 2010.

FIGUEIREDO, E. M. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 136-42, mar./abr. 2008.

FITZGERALD, S. et al. The impact of urinary incontinence in working women: a study in a production facility. **Women Health**, v.35, n. 1, p. 1-16, 2002.

FONSECA, E. S. M. et al. Validação do questionário de qualidade de vida ("King's Health Questionnaire") em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 27, n. 5, p. 235-242, 2005.

FUGANTI, P. E.; GOWDY, J. M.; SANTIAGO, N. C. Obesidade e tabagismo são fatores moduladores do pico de pressão intravesical durante a tosse na incontinência urinária de esforço? **International Braz J Urol**, v. 37, n. 4, p. 100 – 05, jul./ago., 2011.

FULTZ, N.H. Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 189, n. 5, p. 1275-82, 2003.

GARCIA, R. A.; CARVALHO, J. A. M. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública.** v.19, n.3, p.725-33, 2003.

GUARISI, T. et al.. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n.5, p.428-35, 2001.

HERRMANN, V.; et.al. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultrasonográfica. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n.4, p.401-405, 2003.

HIGA, F.; LOPES, M. H. B. M. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. **Rev Bras Enferm.**, v.58, n.4, p.422-28, jul-ago., 2005.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev Esc Enferm.** São Paulo, v. 42, n. 1, p. 187-92, 2008.

HIGA, R.; LOPES, M.H.B.M. b. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. **Rev Bras Enferm.**, v.60, n. 5, p. 503-6, 2007.

HOMMA, Y.; KAWABEK. Health-related quality of life of Japanese patients with overactive bladder treated with extended-release tolterodine or immediate-release oxybutynin: a randomized, placebo-controlled trial. **World J Urol.** v.22, p.251-6, 2004.

HONÓRIO, M. O.; SANTOS, S. M. A. A rede de apoio ao paciente incontinente: a busca por suporte e tratamentos. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, jul./set., p.383-388, 2010.

HONÓRIO, M. O.; SANTOS, S. M. A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 62, n.1, jan./fev., p.51-56, 2009.

HSIEH, C. H. et al. Prevalence of and attitude toward urinary incontinence in postmenopausal women. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v.100, n. 2, p. 171-74, 2007.

HSIEH, C. H. et al. Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 20-59 years. **Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology**. v. 47, n. 2, p. 197 – 202, 2008.

HUANG, A.J. et al. Quality of life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older women. **Arch Intern Med.**, v. 166, n. 18, p. 2000-6, 2006.

IDLER, E.L. Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality and in the relationship between the two. **Gerontologist**, v. 43, n.3, p.372-5, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Em 2010, esperança de vida ao nascer era de 73,48 anos**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2032&id_pagina=1>. Acesso em: 14 abr. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011b, 270p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/.../censo2010/resultados_do_universo.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/default.shtm>>. Acesso em: 25 out. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/default.shtm>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

KELLEHER, C.J. et al. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. **Br J ObstetGynaecol.**, v. 104, n. 12, p. 1374-1379, 1997.

KIZILKAYA, B. N. et al. Effect of urinary leakage on sexual function during sexual intercourse. **Urol Int.**, v.74, n.3, p. 250-5, 2005.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.p.125-150.

KLÜBER, L. A influência da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: revisão. **Rev. med. PUCRS**, v.12, n. 3, p. 243-249, 2002.

KNORST, M. R.; RESENDE, T. L.; GOLDIM, J. R. Perfil clínico, qualidade de vida e sintomas depressivos de mulheres com incontinência urinária atendidas em hospital-escola. **Rev. bras. fisioter.** São Carlos, v. 15, n. 2, p. 109-116, abr. 2011.

LAZARI, I. C. F.; LOJUDICE, D. C.; MAROTA, A. G. Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 12, n.1, p.103-112, 2009.

LEBRÃO, M. L. **SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 255.

LEITE-CAVALCANTI, C. et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Rev. salud pública.** v.11, n.6, p. 865-877, 2009.

LEME, L. E. G.; MELO, D. A. S. Incontinência urinária. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

LEON, M. I. W. H. A eficácia de um programa cinesioterapêutico para mulheres idosas com incontinência urinária. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.107-1115, mar./abr. 2001.

LEROY, L. da S.; LOPES, M. H. B. de M. A incontinência urinária no puerpério e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 346-353, abr. 2012.

LOPES, M.H.B.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev Escola Enferm USP**, v.40, n.1, p.34-41, 2006.

LOUREIRO, L. S. N. **Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com vivência comunitária**. 2011.125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

LOUREIRO, L. S. N.; MEDEIROS, A. C. T.; FERNANDES, M. G. M; NÓBREGA, M. M. L. Incontinência urinária em mulheres idosas: determinantes, consequências e

diagnósticos de enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.12, n.2, p.417-23, 2011.

MARGALITH, I.; GILLON, G.; GORDON, D. Urinary incontinence in women under 65: Quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. **Qual Life Res.** v.13, n.8, p.1381-90, 2004.

MARINHO, A.R. et al. Incontinência urinária feminina e fatores de risco. **Fisioter Brasil**, v.7, n.4, p. 301-06, 2006.

MARTINS-COSTA, S.; RAMOS, J.G.L. A questão das cesarianas. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n.10, p. 571-4, 2005.

MELO, B. E. S. et al. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.41-50, 2012 .

MENDES, A. D. C. G.; SÁ, D. A.; MIRANDA, G. M. D.; LYRA, T. M.; TAVARES, R. A. W. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p.955-964, mai. 2012.

MINASSIAN, V.A.; DRUTZ, H.P.; AL-BADR. Urinary incontinence as a worldwide problem. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 82, n. 3, p. 237-338, 2003.

MIU, D.K.; LAU, S., SZETO, S.S. Etiology and predictors of urinary incontinence and its effects on quality of life. **Geriatr Gerontol Int.**, v. 10, n. 2, p. 177-82, 2010.

MORAES, E. N. de; MARINO, M. C. de A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.

MORENO, A.L.; DINIZ, M. Incontinência urinária na gestação e no puerpério. In: MORENO, A.L. (Org.). **Fisioterapia em uroginecologia**. São Paulo: Manole, 2004.

MOURÃO, F. A. G. et. al. Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. **Acta Fisiátrica**, v. 15, n. 3, p. 173-178, 2008.

MURPHY, K. R.; DAVIDSHOFER, C. O. **Psychological testing**: principles and applications. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1988.

NERI, A. L. Feminização da velhice. In: **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. Anita Liberalesso Néri (org). São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo/ Edições SESC, 2007. p. 47-64.

NEUMANN, P.B. et al. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: a multicentre observational study. **Aust N Z J Obstet Gynaecol.**, v.45, n.3, p. 226-32, 2005.

OLIVEIRA, E.; ZULIANI, L. M. M.; ISHICAVA, J.; SILVA, S. V.; ALBUQUERQUE, S.

S. R.; SOUZA, A. M. B.; BARBOSA, C. P. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 56, n. 6, p. 688-90, 2010.

OLIVEIRA, G. M. S. et al. Correlação entre sintomas urinários e qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. **Fisioter Pesq**, v.14, n. 3, p. 12-7, 2007.

OLIVEIRA, S. G. de; BATTISTI, B. Z.; SECCO, V. L. Avaliação da qualidade de portadores de incontinência urinária. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p. 34-41, jan./abr. 2009.

PARAZZINI, F.; COLLI, E. et al. Risk factors for urinary incontinence in women. **Eur Urol.**, v.37, n.6, p.637-43, 2000.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida no idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião.** 2001. 252p. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

PASCHOAL, S. M. P.; FRANCO, R. P.; SALLES, R. F. N. Epidemiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

PASKULIN, L.M.G; VIANNA, L.A.C. Perfil sócio-demográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Rev.saúde pública**, v.41, n.5, p.757-68, 2007.

PASTOR, M. V. et al. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. **Aten Primaria**, v. 32, n. 6, p. 337-42, 2003.

PEDRAZZI, E. C.; RODRIGUES, R. A. P.; SCHIAVETO, F. V. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. **Cienc cuid. saúde**, v. 6, n. 4, p. 407-13, 2007.

PEDRO, A. F. et al. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 7, n. 2, p. 63-70, 2011.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

REIS, R. B. dos; COLOGNA, A. J.; MARTINS, A. C. P.; PASCHOALIN, E. L.; TUCCI JÚNIOR, S.; SUAID, H. J. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cir. Brás.** São Paulo, v.18, n.5, p. 47-51, 2003.

RETT, M.T. et al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 29, n.3, p. 5-9, 2007.

RICCETTO, C.L.Z.; PALMA, P.; HERRMANN, V.; DAMBROS, M.; THIEL, M.; TAMANINI, J.T.N.; RODRIGUES NETTO JUNIOR, N. Is there correlation between

urodynamic findings and International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) Score? **J Urol.** v.173, n. Suppl 4, p.357, 2005.

RORTVEIT, G. et al. Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. **Am J Obstet Gynecol.**, v.189, n.5, p. 1268-74, 2003.

SANTOS, C. R. S. **Prevalência da incontinência urinária e anal na população urbana de Pouso Alegre – MG.** 2008.107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, 2008.

SANTOS, C. R. S.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em amostra randomizada da população urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** São Paulo, v.18, n. 5, p. 08 telas, set./out. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_10.pdf>. Acesso em: 10 out. 2012.

SILVA, A. P. M.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Rev Esc Enferm USP.** v. 39, n.1, p.36-45, 2005.

SILVA, L. da; LOPES, M. H. B. de M. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 43, p. 72-78, 2009.

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,** v. 45, n. 3, p. 672-8, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Incontinência urinária: propedêutica.** Projetos e Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina. São Paulo; 2006.

SOLANO, J. P. C.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 75-85, 2011.

SOUZA, R. A. de; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estud. psicol.** Natal, v.8, n.3, p.515 - 23, set./dez. 2003.

TAMANINI, J. T. N. et al . Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 37, n. 2, abr. 2003.

TAMANINI, J. T. N. Incontinência urinária feminina. **Sociedade Brasileira de Urologia (SBU).** São Paulo; 2006. Disponível em: < <http://www.simplescomunicacao.com.br/sbu/artigo.php?ca=5>>. Acesso em: 15 set. 2012.

TAMANINI, J. T.N. et al. Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico. **BEPA**. v.3, n. 34, p.17-24, 2006.

TAMANINI, J.T. N; et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 3, p. 438-444, jun. 2004.

TAVARES, D.M.S et al. Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. **Rev. Eletr. Enf.** v.13, n.4, out./dez., p.695-702, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/12488>>. Acesso em: 10 out. 2012.

TEUNISSEN, D. et al. It can always happen: the impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scand J Prim Health Care*, v.24, n.3, p. 166-73, 2006.

TORREALBA, F. C. M.; OLIVEIRA, L. D. R. Incontinência urinária na população feminina de idosas. **Ensaio e Ciência: C.Biológicas, Agrárias e da Saúde**. v.14, n.1, p.159-175, 2010.

TORRES, G.V. et al. Avaliação da capacidade de realização das atividades cotidianas em idosos residentes em domicílio. **Rev. Baiana**, v.3, n.3, p. 466-75, 2009.

VAN GEELEN, J.M. et al. Urogenital symptoms and resulting discomfort in non institutionalized Dutch women aged 50-75 years. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, v.11, n.1, p. 9-14, 2000.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2011.

VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006. p.91-106.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Pesquisa médica: a Ética e a Metodologia**, São Paulo: Pioneira. 1998.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento da população do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev.bras.estud.popul**, v. 23, n.1, p. 5-26, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

Apêndice



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARTE I – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Iniciais: _____

2. Idade: _____

3. Situação Conjugal:

solteira casado separada viúva união estável

4. Escolaridade:

<input type="checkbox"/> Ensino fundamental	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> Incompleto
<input type="checkbox"/> Ensino Médio	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> Incompleto
<input type="checkbox"/> Ensino Superior	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> Incompleto
<input type="checkbox"/> Analfabeta		

5. Ocupação/profissão: _____

6. . Arranjo familiar:

marido/companheiro filhos/marido/companheiro filhos sozinha
 outros.Especificar: _____

7. Renda Familiar:

até 2 salários mínimos
 entre 3 à 5 salários mínimos
 entre 5 à 9 salários mínimos
 mais que 10 salários mínimos

8. Quantas pessoas dependem da renda familiar? _____

PARTE II - DADOS CLÍNICOS:

9. Fumante:

Sim. Há quanto tempo?___Quantos cigarros, cigarros de palha e/ou cachimbo/dia?_____

não

parou. Há quanto tempo?___ Quantos cigarros, cigarros de palha e/ou cachimbo/dia?_____

10. Você possui alguma dessas alterações/patologias?

Cistocele (queda de bexiga)

Prolapso Uterino (queda do útero para vagina)

Hemorróida (protusão de qualquer material úmido dentro do ânus)

Hipertensão Arterial

Diabetes mellitus

AVE

Asma

Neoplasia

Outras Especificar: _____

11. Faz uso de algum medicamento:

não

sim Especificar:_____

12. Já realizou alguma cirurgia ginecológica ou urinária?

não

sim Especificar:_____

não sabe

13. Teve filhos?

não

sim Quantos por parto normal(vaginal)? _____

Quantos por cesariana?_____

Quantos por fórceps?_____

Número de abortos?_____

14. Você sente ou já sentiu dor, ardência ou dificuldade de urinar?

<input type="checkbox"/>	sim	→	<input type="checkbox"/>	recentemente	<input type="checkbox"/>	passado
<input type="checkbox"/>	não					
<input type="checkbox"/>	não sabe					

15. Você tem tido infecções urinárias recorrentes?

<input type="checkbox"/>	sim
<input type="checkbox"/>	não
<input type="checkbox"/>	não sabe

PARTE III - DADOS RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA

A. International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ – SF)

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nos ÚLTIMOS TRÊS MESES.

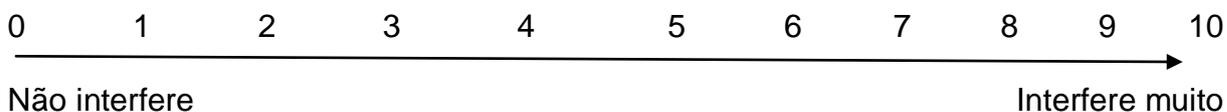
1. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

- | | |
|-------------------------------|-----|
| Nunca | (0) |
| Uma vez por semana ou menos | (1) |
| Duas ou três vezes por semana | (2) |
| Uma vez ao dia | (3) |
| Diversas vezes ao dia | (4) |
| O tempo todo | (5) |

2. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)

- | | |
|-------------------------|-----|
| Nenhuma | (0) |
| Uma pequena quantidade | (2) |
| Uma moderada quantidade | (4) |
| Uma grande quantidade | (6) |

3. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)



ICIQ Escore: soma dos resultados 1 + 2 + 3 = _____

4. Quando você perde urina?

(Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

- Nunca
- Perco antes de chegar ao banheiro
- Perco quando tusso ou espiro
- Perco quando estou dormindo
- Perco quando estou fazendo atividades físicas
- Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo
- Perco sem razão óbvia
- Perco o tempo todo

B. King's Health Questionnaire (KHQ)

1 – Como você avalia sua saúde hoje?

Muito boa (1) Boa (2) Normal (3) Ruim (4) Muito Ruim (5)

2- Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

Abaixo estão algumas atividades que podem ser afetadas pelos problemas de bexiga. Quanto seu problema de bexiga afeta você?

LIMITAÇÃO NO DESEMPENHO DE TAREFAS

3 a – Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa?
(ex. limpar, lavar, cozinhar , etc.)

Nenhuma (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

3 b - Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha se trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compra , levar filho na escola, etc?

Nenhuma (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

LIMITAÇÃO FÍSICA/SOCIAL

4 a – Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

4 b – Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

4 c – Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

4 d – Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

RELAÇÕES PESSOAIS

5 a – Seus problema de bexiga atrapalha sua vida sexual?

Não se aplica (0) Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

5 b – Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com o companheiro?

Não se aplica (0) Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

5 c – seu problema de bexiga incomoda seus familiares?

Não se aplica (0) Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

EMOÇÕES

6 a – Você fica deprimida com seu problema de bexiga?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

6 b – Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga?

Não (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4)

6 c – Você fica mal com você mesma por causa do seu problema de bexiga?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

SONO / ENERGIA

7 a – Seu problema de bexiga atrapalha seu sono?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

7 b – Você se sente desgastada ou cansada?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

MEDIDAS DE GRAVIDADE

8 a - Você usa algum tipo de protetor higiênico como : fralda , forro, adsorvente, tipo Modess para manter-se seca?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

8 b – Você controla a quantidade de líquido que bebe?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

8 c – Você precisar trocar sua roupa íntima (calcinha), quando ficam molhadas?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

8 d – Você se preocupa em estar cheirando urina?

Não (1) Às vezes (2) Várias vezes (3) Sempre (4)

GOSTARÍAMOS DE SABER QUAIS SÃO OS SEUS PROBLEMAS DE BEXIGA E O QUANTO ELES AFETAM A VOCÊ.
ESCOLHA DA LISTA ABAIXO **APENAS AQUELES PROBLEMAS** QUE VOCÊ TÊM NO MOMENTO.

Freqüência: Você vai muitas vezes ao banheiro?

Um pouco Mais ou menos Muito

Noctúria: Você levanta a noite para urinar?

Um pouco Mais ou menos Muito

Urgência: Você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar?

Um pouco Mais ou menos Muito

Bexiga hiperativa: Você perde urina quando você tem muita vontade de urinar?

Um pouco Mais ou menos Muito

Incontinência urinária de esforço: Você perde urina com atividades físicas como :
tossir, espirrar, correr?

Um pouco Mais ou menos Muito

Enurese noturna: Você molha a cama à noite?

Um pouco Mais ou menos Muito

Incontinência no intercurso sexual: Você perde urina durante a relação sexual?

Um pouco Mais ou menos Muito

Infecções freqüentes: Você tem muitas infecções urinárias?

Um pouco Mais ou menos Muito

Dor na bexiga: Você tem dor na bexiga?

Um pouco Mais ou menos Muito

Outros: Você tem algum outro problema relacionado a sua bexiga?

Um pouco Mais ou menos Muito

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL
MESTRADO

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Qualidade de vida de idosas com incontinência urinária.

Pesquisadora responsável: Kamyla Félix Oliveira dos Santos

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria das Graças Melo Fernandes

Prezada senhora,

Somos pesquisadoras do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba e gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa intitulada: Qualidade de vida de idosas com incontinência urinária. Este estudo tem como objetivo: avaliar a qualidade de vida de idosas com incontinência urinária atendida no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso.

Ressaltamos que esta investigação contribuirá para subsidiar a prática assistencial clínica de enfermeiros e a outros profissionais da saúde no planejamento e implementação de ações específicas individualizadas para as idosas incontinentes frente a essa alteração de saúde, contribuindo, assim, para uma melhora na sua qualidade de vida.

Para a realização desta pesquisa, solicitamos sua colaboração participando deste estudo por meio de entrevista, para o preenchimento de um instrumento individual. Faz-se oportuno esclarecer, que a sua participação na pesquisa é voluntária, portanto, você não é obrigada a fornecer informações e/ou colaborar com atividades solicitadas pela pesquisadora, podendo requerer a sua desistência a qualquer momento do estudo, fato este que não representará qualquer tipo de prejuízo relacionado a sua assistência nesta instituição. Vale ressaltar que esta pesquisa não trará nem dano previsível a sua pessoa, visto que sua participação consistirá em um preenchimento de um formulário solicitado pela pesquisadora.

Considerando a relevância do estudo para a prática da Enfermagem, solicito a sua permissão para disseminar o conhecimento que será produzido por este estudo. Para tanto, por

ocasião dos resultados publicados, sua identidade será mantida no anonimato, bem como as informações confidenciais fornecidas.

É importante mencionar que você receberá uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que as pesquisadoras estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa. Caso a Sr. (a). consinta, será necessário assinar este termo de acordo com a Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional De Saúde (CNS)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros), que os (as) pesquisadores (as) acharem convenientes, garantindo o seu anonimato. Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos a sua colaboração.

CONSENTIMENTO

Considerando que fui informada dos objetivos e da relevância do estudo proposto, bem como da minha participação como entrevistada, consinto em participar da pesquisa, bem como concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos. Informo que recebi uma cópia deste termo.

Em virtude que este TCLE encontra-se em mais de uma página, as demais serão rubricadas pelo pesquisador e sujeito da pesquisa.

João Pessoa, ___ / ___ / ___.

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Caso necessite de maiores informações sobre a pesquisa, favor ligar para a pesquisadora Kamyla Félix Oliveira dos Santos.

Telefones para contato com pesquisadora: (83) 3245-1581/ (83)9628-3474

- Endereço residencial: Av. Presidente Café Filho, nº269 apto.301/ Bessa. CEP:58035-180. João Pessoa – PB.
- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba
Endereço: Campus I – Cidade Universitária/João Pessoa- PB. Fone: (83) 3216-7109
- Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Campus I. – Cidade Universitária – Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812. CEP: 58051-900. João Pessoa – Paraíba. Telefone: (83)3216-7791

PROJETO DE PESQUISA

Título: Qualidade de vida de idosas com incontinência urinária

Área Temática:

Pesquisador: Kamyla Félix Oliveira dos Santos

Versão: 2

Instituição: Universidade Federal da Paraíba - Centro de Ciências da Saúde

CAAE: 01639812.8.0000.5188

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 31239

Data da Relatoria: 29/05/2012

Apresentação do Projeto:

O presente projeto encontra-se bem apresentado, compõe-se de todos os elementos necessários à estruturação de um projeto de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de vida de idosas com incontinência urinária atendida no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso.

Estimar a prevalência de idosas incontinentes com prejuízo na qualidade de vida atendidas no CAISI; Verificar as associações existentes entre os escores de qualidade de vida e algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas nessa amostra;

Verificar as associações existentes entre o impacto na qualidade de vida, e a frequência e quantidade de perda urinária obtidos no questionário de International Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF) nessa amostra;

Verificar as associações existentes entre a qualidade de vida e as escalas de sintomas de King's Health Questionnaire (KHQ) nessa amostra.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quando da elaboração do TCLE atual a pesquisadora expressou de forma clara a relação entre os riscos e benefícios, solicitados quando do primeiro parecer.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Consideramos que o problema de pesquisa é relevante e o alcance dos objetivos propostos contribuirá para o aprofundamento dos conhecimentos nessa área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Consideramos que a pesquisadora cumpriu o determinado pela Resolução CNS 196/96.

Recomendações:

Consideramos que a pesquisadora cumpriu todas as recomendações elencadas pelo então parecerista.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Consideramos que o presente projeto não apresenta nenhuma pendência.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 04 de Junho de 2012

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa