

## **Prevalência de incontinência urinária em idosas e impacto na qualidade de vida**

### **Prevalence of urinary incontinence in elderly women and impact on quality of life**

DOI:10.34119/bjhrv4n1-133

Recebimento dos originais: 11/12/2020

Aceitação para publicação: 19/01/2021

#### **Danielle Rodrigues Evangelista**

Mestre em Saúde e Envelhecimento pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema, Marília, SP, Brasil)

Especialista em Uroginecologia Funcional pela Faculdade Inspirar (Inspirar, Curitiba, PR, Brasil)

Preceptora de estágio supervisionado da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos (Estácio, Ourinhos, SP, Brasil)

Endereço: Rua Sebastiana Barbosa Costa Prado, n24, Jardim Industrial, CEP 19911273, Ourinhos- SP

E-mail: danievangelista243@hotmail.com

#### **Fatima Adriana D Almeida Gazetta**

Mestre em Master of Health Professionals Education- University of Ollinois at Chicago, com revalidação pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp, São Paulo, SP, Brasil)

Titulada em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Docente do curso de Medicina da Universidade de Marília e coordenadora de Clínica médica (Famema, Marília, SP, Brasil)

Endereço: Rua: Monte Carmelo, 800 - Fragata, Marília - SP, CEP 17519-030

E-mail: fadriana.fa@gmail.com

#### **Liamara Cavalcante de Assis**

Doutora em Ginecologia

Obstetrícia e Mastologia pela Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp, Botucatu, SP, Brasil)

Mestre em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia pela Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp, Botucatu, SP, Brasil)

Especialista em Fisioterapia em Uroginecologia pelo Colégio Brasileiro de Estudos Sistêmicos (CBES, Curitiba, PR, Brasil)

E-mail: liamaracavalcante@gmail.com

**Zamir Calamita**

Doutor em Ciências pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp, São Paulo, SP, Brasil)

Mestre em Fisiopatologia em Clínica Médica pela Universidade Estadual Julio de Mesquita Filho (Unesp, Botucatu, SP, Brasil)

Especialista em Alergia e Imunopatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP, São Paulo, SP, Brasil)

Professor da Faculdade de Medicina da Marília (Famema, Marília, SP, Brasil)

Endereço: Rua: Monte Carmelo, 800 - Fragata, Marília - SP, CEP 17519-030

E-mail: zcalamita@hotmail.com

**RESUMO**

**OBJETIVOS:** Analisar as características clínico-epidemiológicas e a qualidade de vida em mulheres idosas com incontinência urinária. **MÉTODOS:** É um estudo epidemiológico transversal de caráter descritivo, do tipo exploratório, em que foram abordadas mulheres com idade de 60 anos ou mais, atendidas no ambulatório de geriatria universitário de Marília-SP. As voluntárias foram submetidas a uma entrevista, na qual responderam dois questionários de qualidade de vida, validados e traduzidos, sendo eles, o *King's Health Questionnaire* e *International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form*, e um inquérito estruturado, constando informações pessoais. A análise exploratória dos dados foi realizada por meio do programa estatístico SPSS versão 24, com nível de significância de  $p \leq 0,05$ . **RESULTADOS:** A prevalência de incontinência urinária foi de 73,4%, e o tipo mais comum entre elas, foi a Incontinência Urinária Mista (63,7%). No que diz respeito ao impacto na qualidade de vida, a média dos escores do questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form*, foi de  $13 \pm 4,9$  (grau grave), e no questionário *King's Health Questionnaire*, os domínios mais afetados foram, “impacto da incontinência urinária”, “percepção geral da saúde” e “medidas de gravidade”. **CONCLUSÃO:** As idosas atendidas no ambulatório de geriatria universitário de Marília-SP apresentam alta prevalência de incontinência urinária, sendo a incontinência urinária mista a mais prevalente, o que afeta gravemente a qualidade de vida destas.

**Palavras- chave:** Idoso, Incontinência urinária, Mulher, Envelhecimento, Qualidade de vida.

**ABSTRACT**

**AIMS:** To analyze clinical-epidemiological characteristics and quality of life in elderly women with urinary incontinence. **METHODS:** This is a descriptive cross-sectional epidemiological study of the exploratory type, in which women aged 60 years or older were treated at the university geriatrics outpatient clinic in Marília-SP. The volunteers were submitted to an interview, in which they answered two validated and translated quality of life questionnaires, namely, the *King's Health Questionnaire* and the *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form*, and a structured survey containing personal information. The exploratory analysis of the data was performed using the statistical program SPSS version 24, with significance level of  $p \leq 0.05$ . **RESULTS:** The prevalence of urinary incontinence was 73.4%, and the most

common type among them was Mixed Urinary Incontinence (63.7%). Regarding the impact on quality of life, the mean International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form scores were  $13 \pm 4.9$  (severe grade), and in the King's Health Questionnaire, the most affected domains were "impact of urinary incontinence", "General health perception" and "gravity measures". **CONCLUSIONS:** The elderly women attending the university geriatric outpatient clinic in Marília-SP have a high prevalence of urinary incontinence, with Mixed Urinary Incontinence being the most prevalent, which severely affects their quality of life.

**Keywords:** Elderly, Urinary incontinence, Women, Aging, Quality of life.

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a *International Continence Society (ICS)*: "Incontinência Urinária (IU) é qualquer perda de urina em quantidade ou frequência suficiente para causar um problema social ou higiênico" [1]. É classificada em três tipos diferentes, denominados como, incontinência urinária de esforço (IUE), urge-incontinência (IUU) ou incontinência urinária mista (IUM) [1]. Um sintoma, um sinal ou uma observação urodinâmica, podem descrever a IU [2].

A IU é uma experiência que acomete milhões de pessoas de todas as idades, principalmente as mulheres em idade avançada [3], e afeta a qualidade de suas vidas. A expectativa de vida da população mundial tem aumentado progressivamente ao longo dos anos, e a expectativa de vida das mulheres, destaca-se quando comparada com a dos homens [4]. Com isso, número de idosas tende a aumentar, sobretudo na fase da vida em que a IU torna-se mais prevalente [5].

No Brasil, apesar de muitas mulheres não relatarem a presença da IU, estima-se que no máximo 37% da população feminina até a meia idade, seja incontinente [6,7], e em idosas pode chegar a até 72% [8,9].

Cada estudo utiliza uma metodologia diferente, e isso faz com que os índices de prevalência de IU feminina variem bastante [10]. Estes dependem das definições do estudo, características da população estudada como a faixa etária, as condições físicas e mentais, local e público alvo [10].

Existem vários fatores contribuintes para o aumento da prevalência da IU feminina, entre eles destaca-se a idade avançada, a gravidez, o parto, a queda dos níveis de estrógeno na menopausa, a infecção do trato urinário, as incapacidades físicas, o sedentarismo, a obesidade, além de medicações e cirurgias que podem provocar a

diminuição do tônus muscular do Assoalho Pélvico (AP) ou gerar danos nervosos [3, 7, 8, 11,12].

De acordo com Subak et al.[13], além dos custos econômicos altos, a IU atinge uma ampla esfera que envolve a qualidade de vida (QV), a qual limita a autonomia e reduz a autoestima.

A IU pode ser considerada como síndrome geriátrica, devido ao impacto negativo que provoca na vida do idoso [14]. Muitas idosas convivem com o problema por muitos anos sem falar sobre o assunto com familiares, amigos e profissionais de saúde, pois acreditam que a IU é uma condição natural do aumento da idade, além da falta de conhecimento sobre a existência de tratamento viável [15, 16].

Os tipos de tratamentos existentes para IU podem ser divididos em cirúrgico e não cirúrgico. O tratamento cirúrgico envolve diferentes técnicas [17], e o tratamento não cirúrgico consiste em fisioterapia do AP e a utilização de fármacos. Contudo o tratamento não cirúrgico tem sido indicado como terapia de primeira escolha.

A ICS, em 2005, indicou o tratamento fisioterapêutico como a opção de primeira linha para IU, devido ao baixo custo, baixo risco e eficácia comprovada [18].

O Treinamento Muscular do AP é recomendado para a prevenção e tratamento da IU desde 1948 por Kegel [19]. Os exercícios pélvicos que fazem parte do tratamento fisioterapêutico, melhoram a resistência uretral e o suporte visceral pélvico, por aumento dos músculos periuretrais pélvicos, e podem prevenir, diminuir ou curar as queixas de IU, e sanar as disfunções musculares do AP. Assim, ajudam a desmistificar a IU, como processo natural do envelhecimento [20, 21].

Diante do aumento progressivo da expectativa de vida da população, e consequentemente aumento da ocorrência de síndromes geriátricas, com destaque para a IU em idosas, e do impacto dos sintomas na QV da mulher, o presente estudo objetivou caracterizar o perfil clínico- epidemiológico e a QV de mulheres idosas com IU em um ambulatório de geriatria de um hospital universitário.

## 2 MÉTODOS

O estudo foi realizado no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Marília/ SP.

As mulheres que atenderam ao critério de inclusão foram convidadas pessoalmente para serem informadas sobre o objetivo e procedimentos da pesquisa. As

que concordaram em participar do estudo foram entrevistadas no setor de geriatria após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

É um estudo epidemiológico transversal de caráter descritivo, do tipo exploratório. Os dados foram coletados com base em dois questionários de QV, validados e traduzidos e um inquérito estruturado.

Foram abordadas todas as mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, atendidas no Ambulatório de Geriatria da Faculdade de Medicina de Marília- Famema, por um período de 12 meses.

O cálculo para obtenção do tamanho da amostra é indispensável para qualquer projeto de pesquisa clínica. Neste caso, foi realizado um cálculo amostral, que resultou em um valor de 87 mulheres a serem entrevistadas.

Os critérios de inclusão foram: ser mulher, ter idade igual ou superior a 60 anos; e estar em condições para responderem os questionários e ao inquérito estruturado. Foram excluídas as mulheres que apresentaram confusão mental, déficit cognitivo, e as que não compreenderam as questões.

As idosas foram classificadas em continentes ou incontinentes, por meio da questão proposta no estudo de Huang et al. [22]: "Durante o último ano, você perdeu urina (sem querer, na calcinha) pelo menos uma vez no mês?". Quando a resposta foi positiva, caracterizou-se a presença de IU; quando negativa ausência de IU. Para as idosas incontinentes foram aplicados o inquérito estruturado e os questionários de QV.

Os questionários de QV foram originalmente padronizados para serem auto aplicados, porém, devido ao baixo e nenhum nível de escolaridade de grande parte das participantes, optou-se pela aplicação em forma de entrevista, realizada pela pesquisadora principal frente à idosa.

No instrumento inquérito estruturado, constaram as características sócio-demográficas das idosas (idade, cor/raça, escolaridade e estado conjugal), informações clínico-antropométricas (peso, altura e Índice de Massa Corpórea (IMC)), histórico obstétrico (número de gestações, tipos de partos já realizados, episiotomia e fórceps), histórico clínico- cirúrgico (Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), cirurgias pélvicas prévias, medicações, Infecções no Trato Urinário (ITU) recorrente e constipação intestinal), informações sobre estilo de vida (etilismo, tabagismo, prática de atividade física, e hábitos diários de ingestão de café, refrigerante,

e chocolate) e conhecimento sobre IU (significado, tratamento fisioterapêutico, e relato ao médico).

Em seguida, foram aplicados dois questionários de QV, levando em consideração a IU. A *ICS* recomenda somente o uso de questionários validados em pesquisas epidemiológicas [23] e, por este motivo foram utilizados o *King's Health Questionnaire (KHQ)* e o *International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form (ICIQ-SF)*.

O Questionário *KHQ*, validado e traduzido [23], é composto por 21 questões divididas em oito domínios: percepção geral de saúde, impacto da IU, limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relacionamento pessoal, emoções, sono/disposição. Também contém duas escalas independentes, que avaliam a gravidade da IU e a presença e intensidade dos sintomas do TUI. É pontuado em cada um de seus domínios e não há score geral. A pontuação varia de 0 a 100 e quanto maior, pior é a QV relacionada àquele domínio [23].

Em seguida, foi aplicado o questionário *ICIQ-SF*, validado e traduzido [24], e composto por seis questões. As duas primeiras são referentes à idade e gênero. A terceira questão analisa a frequência de perda urinária. A quarta questão avalia a quantidade em que a mulher pensa que perde urina. A quinta questão avalia o quanto a perda urinária interfere diretamente na QV, nesta questão as mulheres devem responder entre zero e dez pontos, onde zero significa que nada interfere na vida diária e dez, onde interfere muito na vida diária. Por fim a sexta questão faz o questionamento onde a mulher deve identificar em quais momentos ela tem perda urinária.

Classificou-se o tipo de IU apresentada por cada participante, baseado nos momentos de perdas urinárias assinalados na última questão do questionário *ICIQ-SF*, seguindo a classificação definida pela *ICS*, onde constatou-se IUE nas alternativas: “Perco quando tusso ou espirro” e “Perco quando estou fazendo atividades físicas”, IUU na alternativa: “Perco antes de chegar ao banheiro”, e IUM quando assinaladas estas opções de alternativas, em conjunto.

A soma das questões três, quatro e cinco determinam o score do *ICIQ-SF* entre 0 e 21 pontos. A classificação do score se dá pelo grau leve (1-5 pontos), moderado (6-12 pontos), grave (13-18 pontos) e muito grave (19-21 pontos) [25].

A análise estatística foi feita através da construção de planilha eletrônica no software aplicativo Microsoft Excel. Após a codificação das variáveis, realizou-se a análise exploratória dos dados, por meio do programa estatístico SPSS versão 24. Os dados quantitativos foram apresentados por meio de médias, medianas e desvios-padrão, e os dados qualitativos, em números absolutos e percentagem do total. Foram aplicados testes estatísticos apropriados, Teste T e o de correlação de Spearman, sendo considerados significativos quando  $p \leq 0,05$ . O Teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliação do tipo de distribuição das variáveis correlacionadas (curva de normalidade). Foram utilizadas tabelas para apresentar os resultados.

O estudo teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), parecer nº 1.378.056.

### 3 RESULTADOS

Foram inicialmente avaliadas 94 Idosas, destas 69 (73,4%) participantes apresentaram IU, e aceitaram participar da pesquisa, respondendo aos questionários.

Quanto ao perfil sociodemográfico das participantes do estudo, constatou-se que a idade média das participantes foi de  $73 \pm 8,2$  anos e mediana de 74, sendo que a idade mínima foi de 60 anos e a máxima de 95 anos. Foi constatado também o IMC das participantes da pesquisa, que se mostrou com média de  $26,2 \pm 4,2$  (sobrepeso), sendo que 2,8% das participantes estavam com baixo peso, 31,8% dentro do intervalo normal, 46,6% com sobrepeso, 13% com obesidade I, e somente 5,7% obesidade III [26].

Os dados coletados com base no inquérito estruturado, podem ser melhor visualizados na tabela 1. Sendo estas, as informações sobre o perfil sociodemográfico, antecedentes obstétricos, doenças prévias/associadas e estilo de vida.

Quando questionadas sobre conhecimento e posicionamento frente à IU, foi constatado que grande parte das participantes, não apresentava bons conhecimentos sobre a definição de IU (69%), não sabiam da existência de tratamento (95%), e consequentemente, poucas participantes expuseram seu problema ao médico (31%).

O tipo de IU mais comum entre as participantes da pesquisa, foi a IUM (63,7%), no entanto também foi observada a presença de IUU (20,2%) e IUE (15,9%). O impacto da IU na QV das voluntárias, dado pela média dos escores do questionário ICIQ-SF, foi de  $13 \pm 4,9$ , valor de escore classificado em grau grave.

Este escore foi dado pela soma das questões que envolvem frequência de IU, quantidade de urina perdida, e a percepção da voluntária frente ao impacto da IU em sua vida. (tabela 2)

As médias e desvios-padrão das pontuações dos domínios avaliados pelo questionário de qualidade de vida *KHQ*, também aplicado nas participantes da pesquisa, podem ser observados na tabela 3.

O domínio que aborda as relações pessoais não foi contemplado, devido ao escore de 30 participantes serem considerados “Não se aplica” e somente quatro dos escores ter tido valor superior a 0. Fato talvez explicado pelas porcentagens de viúvas, solteiras e divorciadas entre as participantes, além da possível abstinência sexual entre os casados com mais idade, visto que as perguntas deste item são as seguintes: “Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual?”, “Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com o companheiro?”, e “Seu problema de bexiga atrapalha seus familiares?”.

Na tabela 4, podem-se visualizar as comparações das médias dos escores do *ICIQ-SF* com a existência ou não de gestação, PVE e prática de atividade física. Nenhuma das comparações demonstrou diferenças estatisticamente significativas.

Foi realizado o Teste de Spearman, para se verificar a existência de correlação entre as variáveis nº de gestações, nº de PVE, nº de cesáreas versus escore do questionário *ICIQ-SF*, nas quais todas apresentaram fraca correlação, e ausência de significância estatística (Tabela 5).

## 5 DISCUSSÃO

A prevalência de IU averiguada no presente estudo foi de 73,4%, valor este que se apresenta muito semelhante ao do estudo de Silva e D’Elboux [8] (72%), e expressivamente maior que dos demais estudos com os maiores valores achados na literatura, realizados com amostra brasileira idosa [9, 27], Silva e D’Elboux [8], Virtuoso et al [9], e Faria et al [27], constataram prevalência de IU em idosas brasileiras, com valores de 72%, 56% e 42% respectivamente. Desta forma, o presente estudo revelou uma alta prevalência de IU entre as idosas atendidas no ambulatório de geriatria do hospital universitário de Marília-SP.

Contudo, a prevalência de IU internacionalmente é ainda menor. Cerruto et al [28] realizaram um estudo de revisão sistemática com artigos realizados na Europa em 2010 e constataram uma prevalência de IU feminina (idosas e não idosas), que variou de 14,1%



a 68,8%, sendo que os maiores valores acompanharam as maiores idades. Enquanto em outra pesquisa, realizada no Japão, com a população feminina idosa, constatou uma prevalência de IU de 34,2% entre as idosas japonesas [29]. Aslan et al [30] realizaram um estudo em Istambu na Turquia, com amostra idosa, e constataram uma prevalência de 43,0%.

O tipo de IU mais ocorrente entre as participantes da pesquisa, segundo o questionário ICIQ-SF, foi a IUM (63%), seguida da IUU (20%) e IUE (15%), outras pesquisas realizadas com amostra brasileira idosa, encontraram dados semelhantes ao deste estudo, em relação à sequência de prevalência dos tipos de IU [31,32]. Já, Carvalho et al [12], contataram a IUE como o segundo tipo mais prevalente, seguido da IUU, o que diverge do presente estudo.

Quanto à idade das participantes, constatou-se uma média de  $73 \pm 8,2$  anos, o processo natural de envelhecimento das fibras musculares do AP, reflete em prejuízos para o processo de continência. Um estudo realizado com cadáveres femininos concluiu que, há uma diminuição do número e densidade das fibras da musculatura lisa e estriada da uretra advinda do avanço da idade [33].

A literatura aponta que a prevalência da IU varia de acordo com o grupo étnico-racial, sendo as mulheres brancas as que apresentam maior prevalência, independente da faixa etária estudada [34]. Fato que corrobora com o presente estudo, no qual foi constatada uma prevalência elevada de IU nas mulheres brancas (53,6%), quando comparadas com as outras etnias presentes no estudo, sendo pardas 24,6%, negras 18,8%, e somente 2,8% amarelas.

O baixo nível de escolaridade na amostra investigada é similar a de outros estudos que envolvem população brasileira [8, 9, 12]. Fato este, que alerta os profissionais da saúde sobre a importância de se abordar de maneira adequada as idosas incontinentes, para que haja compreensão das informações acerca dos sintomas e possíveis tratamentos da IU. Sabendo que a terapia comportamental faz parte do tratamento fisioterapêutico para IU<sup>1</sup>, principalmente para IUM e IUU, e depende da compreensão das pacientes, para que seja efetivo o tratamento fisioterapêutico.

O presente estudo contatou um IMC médio de  $26,2 \pm 4,2$ , indicando sobrepeso da população estudada [26]. Estudos epidemiológicos apontam uma forte associação do IMC

elevado com a prevalência de IU [3,12], demonstram que os indivíduos que apresentam um aumento do IMC tem maior chance de desenvolver a IU.

Leirós et al.[3] afirmam que a IU também é relacionada a aspectos de atitudes, tais como a inatividade física, e sedentarismo. No presente estudo houve uma grande porcentagem de inatividade física, sendo que 84% das idosas incontinentes não praticavam nenhuma atividade física. E apesar de não encontrarmos significância estatística ( $p=0,15$ ) entre as comparações dos escores do *ICIQ-SF* e prática de atividade física, foi observado uma tendência de melhor qualidade vida entre as idosas praticantes de atividades físicas.

Quanto aos hábitos alimentares, 82,6% das idosas do estudo ingeriam café diariamente. A literatura aponta a ingestão de cafeína, como um dos fatores de riscos para IU. Arya et al. [35] afirmam em seu estudo que a ingestão de cafeína em alta concentração pode gerar a IU, por instabilidade do músculo detrusor.

Komeilifar et al. [11] contataram que a multiparidade e o parto vaginal são apontados como fatores de riscos para o desenvolvimento de IU. No presente estudo, 89,8% das participantes já haviam passado por gestações, sendo  $4,2 \pm 2,8$  o número médio de gestações entre elas, também houve grande porcentagem de participantes que foram submetidas ao PVE (76,8%). Esses resultados destacam a importância do trabalho fisioterapêutico preventivo com gestantes que pretendem realizar partos vaginais espontâneos. Contudo, embora exista este favorecimento ao desenvolvimento de IU em virtude da multiparidade e o PVE, no presente estudo não foi encontrado correlação significativa entre os escores do *ICIQ-SF* e tais variáveis, indicando indiferença no impacto da QV frente à multiparidade e o PVE, entre as idosas participantes.

No que diz respeito aos conhecimentos acerca da IU, o presente estudo constatou que grande parte das idosas não apresenta bons conhecimentos sobre a definição (31%) e a existência de tratamento fisioterapêutico para IU (5%) e conseqüentemente poucas participantes (31%) expuseram seu problema para o médico. Nesse sentido, Silva e Lopes [15] contataram em seu estudo que grande parte dos sujeitos (45,7%) não conhecia nenhuma forma de tratamento para IU, e mais da metade não buscou tratamento para o problema, fato também contatado no presente estudo.

Em relação às características da IU verificadas através do *ICIQ-SF*, houve predomínio de perdas urinárias na frequência de “Diversas vezes ao dia” (37,6%), em

uma pequena quantidade (57,9%), fato que corrobora com o estudo de Silva e D'Elboux [8] que utilizaram o mesmo instrumento na população idosa. Quanto ao escore médio do *ICIQ-SF*, a amostra do presente estudo, apresentou como  $13 \pm 4,9$ , valor de escore classificado em grau grave, o mesmo estudo citado anteriormente [8], constatou um escore médio bem parecido, sendo 12,8, o que sugere impacto grave na qualidade de vidas destas idosas incontinentes. Estes dados destacam a importância de uma abordagem precoce para IU, visando à prevenção e diminuição do impacto negativo na QV.

Quanto aos momentos que mais ocorrem às perdas urinárias, dados pelo questionário *ICIQ-SF*, foi observada uma concentração de respostas assinaladas para os momentos, “antes de chegar ao banheiro” (84%) e “quando tusso ou espirro”, (78,2%) respectivamente. Fato observado também em outros estudos, que utilizaram o mesmo instrumento de coleta [8].

O presente estudo constatou que os domínios mais afetados do *KHQ* entre as idosas incontinentes, foram os domínios, “Impacto da IU” com média de  $63,2 \pm 36,6$ , “Percepção geral da saúde” ( $53,6 \pm 21,5$ ) e “Medidas de gravidade” ( $44 \pm 22,6$ ), respectivamente, fato que corrobora com a literatura. Silva, Lopes<sup>15</sup> e Faria et al [27] contataram em seus estudos, os mesmos domínios como sendo os mais afetados entre os participantes, porém as ordens de maior impacto na QV, difere do presente estudo. Contudo os domínios menos afetados na pesquisa foram “Relacionamento pessoal” e “Limitação social”, corroborando com a literatura [15].

Contudo, o impacto na qualidade de vida também foi claramente demonstrado pelo *KHQ*, já que o domínio que mais se mostrou afetado foi o “impacto da IU na vida diária”, o que mostra-nos que a maioria das idosas (85,5%) relatou algum grau de desconforto, sendo este: pouco, mais ou menos ou muito. No estudo de Faria et al. [27], as idosas foram avaliadas com o mesmo instrumento de coleta, e foi constatado que mais da metade das participantes (60%) também referiram que a IU afetava negativamente sua vida diária.

O estudo alcançou o objetivo de estimar a prevalência de incontinência urinária e o impacto por ela causado na qualidade de vida da população-alvo. Destacando uma alta prevalência de incontinência urinária, sendo a mista o tipo mais prevalente entre as idosas participantes, e um grave impacto na qualidade de vida destas. Além da falta de conhecimentos sobre a definição, existência de medidas preventivas e terapêuticas viáveis

para minimizar e/ou sanar os sintomas causados por ela. Com essas evidências, destaca-se a importância da implementação de medidas preventivas e terapêuticas, nos serviços de saúde que atendem a população idosa feminina, por meio de orientações sobre a definição, sintomas de incontinência urinária e dos agravos voltados à qualidade de vida quando não prevenida e/ou tratada. Bem como, explicitar as medidas de minimização dos sintomas, com prática de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico e terapias comportamentais, visto que a fisioterapia é indicada pela *ICS* como terapia de primeira linha para incontinência urinária, devido ao baixo custo, baixo risco e eficácia comprovada.

Sugere-se que o assunto seja mais explorado, com propostas e intervenções fisioterapêuticas, a fim de garantir melhor controle dos agravos da incontinência urinária e melhoria da qualidade de vida das idosas incontinentes.

## REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A; Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61(1):37-49.
2. Griffiths D, Kondo A, Bauer S, Diamant N, Liao L, Schafer W, Lose G, Yoshimura N. Dynamic testing. In: Abrams P, Cardozo L, Koury S, Wen A, editors. *Incontinence basic & evaluation*. Paris (FR). International Continence Society; 2005. p. 585-674.
3. Leirós-Rodríguez R, Romo-Pérez V, García-Soidán JL. Prevalence of urinary incontinence and its relation with sedentarism in Spain. *Actas Urol Esp*. 2017 Jun 3. pii: S0210-4806(17)30085-2.
4. World Health Organization. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Prospects: the 2015 revision, key findings and advance tables [Internet]*. United Nations (NY). World Health Organization; 2015. [cited 2015 Oct 2]. Available from: [http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key\\_findings\\_wpp\\_2015.pdf](http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf)
5. Marques LP, Schneider IJ, Giehl MW, Antes DL, d'Orsi E. Demographic, health conditions, and lifestyle factors associated with urinary incontinence in elderly from Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 Jul-Sep;18(3):595-606.
6. Menezes MAJ, Hashimoto SY, Santos VLCG. Prevalence of urinary incontinence in a community sample from the city of São Paulo. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009;33(4):436-40.
7. Almeida PP, Machado LRG. A prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump. *Fisioter Mov*. 2012;25(1):55-65.
8. Silva VA, D'Elboux MJ. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(2):338-47.
9. Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC. Incontinência urinária e função muscular perineal em idosas praticantes e não-praticantes de atividade física regular. *Rev Bras Fisioter*. 2011;15(4):310-7.
10. Dubeau CE, Simon SE, Morris JN. The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(9): 1325-33.
11. Komeilifar R, Javadifar N, Afshari P, Haghighizade MH, Honarmandpour A. The prevalence, subtypes and obstetric risk factors of urinary incontinence in reproductive age women referred to Community Health Care Centers of Dezful, Iran- 2015. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2017Jul;5(3):275-83.

12. Carvalho MP, Andrade FP, Peres W, Martinelli T, Simch F, ORB et al . O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2014;17(4):721-730.
13. Subak LS, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Richter HE, Bradley CS, Grady . Diagnostic aspects of incontinence study (DAISy) Group : The "Costs" of urinary incontinence for women. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):908- 16.
14. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers.* 2017;3:17042.
15. Silva L, Lopes MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(1):72-8.
16. Róin Á, Nord C. Urine incontinence in women aged sixty to sixty-five: negotiating meaning and responsibility. *Scand J Caring Sci.* 2015 Dec;29(4):625-32.
17. Kobashi KC, Albo ME, Dmochowski RR, Ginsberg DA, Goldman HB, Gomelsky A, Kraus SR, Sandhu JS, Shepler T, Treadwell JR, Vasavada S, Lemack GE. Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence: AUA/SUFU Guideline. *J Urol.* 2017 Jun 15. pii: S0022-5347(17)74857-4.
18. Neumann PB, Grimmer KA, Grant RE, Gill VA. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: a multicentre observational study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2005;45(3):226-32.
19. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol.* 1948;56:238-48.
20. Ptak M, Brodowska A, Cieciewicz S, Rotter I. Quality of Life in Women with Stage1 Stress Urinary Incontinence after Application of Conservative Treatment-A Randomized Trial. *Int J Environ Res Public Health.* 2017 30;14(6). pii: E577.
21. Bernards AT, Berghmans BC, Sliker-Ten Hove MC, Staal JB, de Bie RA, Hendriks EJ. Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update. *Int Urogynecol J.* 2014;25(2):171-9.
22. Huang AJ, Brown JS, Thom DH, Fink HA, Yaffe K. Urinary incontinence in older community-dwelling women: the role of cognitive and physical function decline. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4):909-16.
23. Tamanini JTN, D'ancona CAL, Botega NJ, Netto-Junior NR. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(2):203-11.
24. Tamanini JTN, Dambros M, D' Ancona CAL, Palma PCR, Netto-Junior NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - short form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública.* 2004;38(3):438-44.

25. Polden M, Mantle J. *Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia*. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo (SP): Macule; 1997.
26. Brasil. Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).
27. Faria CA, Menezes AMN, Rodrigues AO, Ferreira ALV, Bolsas CN. Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosos numa Unidade Básica de Saúde. *Rev. bras. geriatr. Gerontol.* 2014; 17(1):17-25.
28. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, Incidence and Obstetric Factors' Impact on Female Urinary Incontinence in Europe: A Systematic Review. *Urol Int.* 2013;90(1):1-9.
29. Kikuchi A, Niu K, Ikeda Y, Hozawa A, Nakagawa H, Guo H, Ohmori-Matsuda K, Tsuji I, Nagatomi R. Association between physical activity and urinary incontinence in a community-based elderly population aged 70 years and over. *Eur Urol.* 2007 Mar; 52:868-75.
30. Aslan E, Beji NK, Erkan HA, Yalcin O, Gungor F. Urinary incontinence and quality life of the elderly residing in residential homes in Turkey. *Arch Gerontol Geriatr.* 2008 Apr:1-7.
31. Reigota RB, Pedro AO, de Souza Santos Machado V, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Prevalence of Urinary Incontinence and Its Association With Multimorbidity in Women Aged 50 Years or Older: A Population-Based Study. *Neurourol Urodyn.* 2016;35(1):62-8.
32. Melo BES, Freitas BCR, Oliveira VRC, Menezes R L. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2012; 15(1):41-50.
33. Clobes AM, De Lancey JO, Morgan DM. Urethral circular smooth muscle in young and old women. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(5):587.e1-5.
34. Leroy LS, Lopes MHBM, Shimo AKK. A incontinência urinária em mulheres e os aspectos raciais: uma revisão de literatura. *Texto contexto- enferm.* 2012; 21(3):692-701.
35. Arya LA, Myers DL, Jackson ND. Dietary caffeine intake and the risk detrusor instability: a case-control study. *Obstet Gynecol.* 2000;96(1):85-8.