

Fisioter Bras 2019;2096);773-81

<https://doi.org/10.33233/fb.v20i6.2730>

ARTIGO ORIGINAL

Prevalência de incontinência urinária em idosas de instituição de longa permanência *Prevalence of urinary incontinence in elderly in long stay health institution*

Celly Lima Ferreira*, Karina Tamy Kawasara, D.Sc.** , Patrícia Andrade Batista***

*Graduanda de Fisioterapia da Universidade Ibirapuera (UNIB), São Paulo, **Doutora pelo Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, ***Professora de Fisioterapia da Universidade Ibirapuera (UNIB), São Paulo

Recebido em 8 de janeiro de 2019; aceito em 10 de setembro de 2019.

Correspondência: Patrícia Andrade Batista, Rua Darabi, 130/5 Bloco 1, 04653-140 São Paulo SP

Patrícia Andrade Batista: pab.fisio@gmail.com
Karina Tamy Kasawara: karina.tamy@gmail.com
Celly Ferreira: E-mail: celly.ferreira@hotmail.com

Resumo

Introdução: A Sociedade Internacional de Continência (ICS) define incontinência urinária (IU) como perda indesejada de urina. A disfunção afeta cerca de 50% das mulheres, mas o índice pode aumentar com a senescência. O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência de IU e o impacto na qualidade de vida dessas idosas. **Métodos:** Estudo de corte transversal descritivo, no qual foram selecionadas mulheres, de 65 a 90 anos, institucionalizadas. Como critério de exclusão, mulheres que apresentavam alterações cognitivas e que faziam uso de sonda vesical de demora. As idosas responderam o questionário com informações pessoais, sociodemográficas e sobre sua condição urinária e, em seguida, responderam o questionário de qualidade de vida, *King's Health Questionnaire* (KHQ). **Resultados:** A amostra foi composta de 33 voluntárias, residentes em casas de repouso de São Paulo. A média dos escores dos oito domínios do KHQ: percepção da saúde geral 46,21; impacto da incontinência 32,32; limitações das atividades diárias 21,50; limitações físicas 18,18; limitações sociais 14,14 e medidas de gravidade 45,20. **Conclusão:** Em idosas institucionalizadas em São Paulo, apesar da IU não ser considerada principal queixa, o *King's Health Questionnaire* pontuou pela escala de medidas de gravidade, que a IU afeta significativamente em sua qualidade de vida.

Palavras-chave: idoso, incontinência urinária, saúde do idoso institucionalizado, qualidade de vida.

Abstract

Introduction: According to the International Continence Society (ICS), urinary incontinence (UI) is defined as an involuntary loss of urine. The disease affects about 50% of women and when associated with the aging process. This study aimed to identify, through a cross-sectional study, the prevalence of UI and the impact on their quality of life. **Methods:** Female patients institutionalized with age between 65 and 90 years old were selected. Exclusion criteria were: women with cognitive impairment or with any visual impairment and urinary catheter users. Participants answered the questionnaire about personal, sociodemographic, urinary condition and then answered the King's Health Questionnaire (KHQ) for quality of life evaluation. **Results:** In the total 33 participants were included, living in health institutions in São Paulo. The mean scores of the eight KHQ domains: Perception of general health was 46.21; Impact of incontinence was 32.32; Limitations of daily activities was 21.50; Physical limitations 18.18; Social limitations 14.14; Personal relationships 3.03, Emotions 25.53; Sleep/disposition 23.23 and Gravity measures 45.20. **Conclusion:** In long-stay health institution, despite the UI was not considered their main complaint, the UI significantly affects the quality of life of elderly women.

Key-words: aged, urinary incontinence, health of institutionalized elderly, quality of life.

Introdução

Acometendo mulheres de várias faixas etárias, com incidência maior em idosas, a Incontinência Urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society* - ICS), como a perda indesejada de urina, podendo ser decorrente da multiparidade, cirurgias ginecológicas, predisposição genética, problemas neurológicos e infecções urinárias. A IU representa um grande desafio na busca de formas alternativas de abordagem e tratamento, pois são notórias as implicações negativas desta disfunção na vida das pessoas no que diz respeito aos aspectos físicos, emocionais, sexuais e econômicos e quanto ao convívio familiar e social [1].

Em sua etiologia, os principais tipos de IU são: Incontinência Urinária de Esforço (IUE) ocorrem pela deficiência da contração da musculatura detrusora associado ao aumento da pressão vesical e uretral, em decorrência de qualquer esforço físico como tossir e espirrar [2].

Incontinência Urinária de Urgência (IUU) associada com a hiperatividade detrusora, ou seja, causa irritação na bexiga levando à vontade incontrolável de ir ao banheiro [3]. Segundo Dedicção *et al.* [4], a Incontinência Urinária Mista (IUM) caracteriza-se pela combinação da urgência miccional com o aumento da compressão intra-abdominal.

Quanto à fisiopatologia, diversos fatores podem desenvolver a IU. Entre esses fatores, o tipo de parto, em especial o parto vaginal onde há relação direta com a IU quando comparado ao cesáreo, porém, não deve ser interpretado como o fator precursor, mas sim como fator associado, visto que existem outros fatores que levam à perda de força do músculo pélvico, como sedentarismo, maus hábitos alimentares, índice de massa corpórea (IMC), múltiplas cirurgias [5].

Acredita-se que mulheres em idade avançada apresentem maior incidência por déficit funcional, redução da força na musculatura do assoalho pélvico, diminuição das atividades do sistema nervoso e circulatório, elasticidade e contratilidade da bexiga e deficiência esfinteriana [6].

Segundo Carvalho *et al.* [6], a prevalência internacional de IU é de 42% nas mulheres jovens; com 65 anos ou mais chega a 44%. Entretanto, em idosas institucionalizadas esta prevalência pode chegar a 50%, ou seja, acima das que vivem em sociedade.

Desta forma, é possível afirmar que o aumento da prevalência em idosas, inclusive as do Instituto de Longa Permanência para Idosos (ILPI), deve-se a diversos fatores como uso de medicamentos, doenças neurológicas, hipoestrogenismo, tumores cancerígenos, infecções urinárias, traumas, obesidade, sendo a etiologia multifatorial [6,7].

Os tipos de tratamento para IU são: medicamentoso, o conservador - realizado por meio da fisioterapia, e como última opção, o cirúrgico. O mais indicado é o tratamento conservador, recomendado na fase inicial da moléstia [8]. Na fisioterapia, com o avanço das pesquisas e técnicas de tratamento, podemos citar vários recursos, entre eles, o *biofeedback*, a eletroestimulação neuromuscular, os cones vaginais e a cinesioterapia [2]. Kumari *et al.* [9] destacaram a terapia comportamental como um recurso bastante utilizado e com resultado satisfatório em mulheres da 3ª idade.

Após levantamento bibliográfico, observou-se que a IU acomete aproximadamente 50% da população idosa institucionalizada. Sabe-se que mulheres acometidas pela IU apresentam uma piora na qualidade de vida, impactando, principalmente, o seu convívio social.

Sendo assim é de suma importância ter-se conhecimento sobre a prevalência de IU na população idosa em instituição de longa permanência, para guiar a conduta de tratamento e acompanhamento clínico destas mulheres.

Portanto, o presente estudo teve como objetivo quantificar a prevalência de IU e o impacto da IU na qualidade de vida em idosas em instituição de longa permanência.

Material e métodos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Ibirapuera sob o COEPE 15.03.040 e todas as voluntárias assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme resolução na versão atualizada nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo no qual foram selecionadas pacientes do sexo feminino, de 65 a 90 anos, institucionalizadas. As instituições escolhidas foram: Casa Meire's Haus, Rosa de Saron, Lar Alcina, Residencial Vida Nova, Casa Rig, Cidade Vargas, Idosos Alexandre Darhuj. Todas as instituições autorizaram a pesquisa e assinaram a carta aceite. Como critério de exclusão foram consideradas mulheres que apresentavam alterações cognitivas para compreender o conteúdo do questionário, que apresentavam algum déficit visual

e faziam uso de sonda vesical de demora. As idosas responderam ao questionário com informações pessoais, sociodemográficas e sobre sua condição urinária e, em seguida, responderam ao questionário de qualidade de vida, *King's Health Questionnaire* (KHQ), validado em português por Fonseca *et al.* [10].

Os escores do KHQ variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação atingida pior é a qualidade de vida relacionada ao domínio. Para cada domínio, quanto maior a pontuação, maior será o impacto negativo na qualidade de vida.

O questionário contém 20 questões e é composto de oito domínios: percepção de saúde geral, impacto da IU, limitação das atividades de vida diária (AVD), limitação física e social, emoção, sono e energia. Há também uma escala de sintomas, composta pelos itens: aumento da frequência urinária, noctúria, urgência, IUE, enurese noturna, incontinência no intercurso sexual, infecções urinárias e dor.

A todas as respostas foram atribuídos valores numéricos, somados e avaliados por domínios. As respostas foram baseadas numa escala numérica crescente proporcional à intensidade da queixa (0 = não/não se aplica; 1 = um pouco/às vezes; 2 = mais ou menos/ várias vezes; 3 = muito/sempre), com exceção do domínio percepção de saúde geral, que possui cinco opções de resposta: muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim.

Foi utilizado o Programa Microsoft Excel 2010, para descrever os valores por meio da média, desvio padrão em percentuais.

Resultados

Foram selecionadas sete casas de repouso, sendo seis localizadas em São Paulo e uma em Diadema, totalizando 130 idosas com idade entre 65 anos e 90 anos. Nesse estudo, apenas 33 idosas foram capazes de responder à entrevista e aos questionários: sociodemográfico e *King's Health Questionnaire*.

Do total da amostra foram excluídas 78 idosas que apresentaram alguma incapacidade por déficit cognitivo, em responder às perguntas. Houve uma perda de 19, sendo 6 por terem idade acima de 90 anos; 5 por não estarem institucionalizadas, apenas permaneciam durante o dia na instituição e à noite retornavam a suas residências; 5 por desistência; 2 porque tinham idade inferior a 65 anos e 1 por possuir déficit visual.

De acordo com dados sociodemográficos, identificou-se que a idade média das participantes foi de 80 anos com desvio padrão $\pm 6,27$ anos. Quanto ao estado civil, 26 (79%) informaram ser viúvas, 3 (9%) divorciadas, 2 (6%) solteiras e 2 (6%) casadas. Em relação ao nível de escolaridade, 16 (49%) com ensino médio; 11 (33%) curso técnico; 4 (12%) nível superior completo e 2 (6%) declararam não ser alfabetizadas. Quanto à etnia, 24 (73%) são brancas, 4 (12%) negras, 3 (9%) amarelas e 2 (6%) pardas.

Quanto à ocupação, 13 (40%) se declararam aposentadas; 7 (22%) não informaram profissão anterior; 6 (19%) informaram ser do lar; 4 (12%) eram funcionárias públicas; 2 (6%) eram professoras; 1 (%) era empregada doméstica. Em relação à religião, 19 (58%) eram católicas; 7 (21%) evangélicas; 4 (12%) espíritas; 3 (9%) declararam não ter religião.

Calculado o índice de massa corporal (IMC), de acordo com os parâmetros da Organização Mundial de Saúde, a obesidade acima de 30 kg/m² foi encontrada em 3 (9%) idosas e 30 (90%) estão com peso normal. Quanto à prática de atividade física, 10 (30%) relataram fazer alguma atividade, entre elas, destacam-se a fisioterapia, ginástica e caminhada.

Em relação aos antecedentes pessoais, 5 (15%) eram ex-fumantes e fumavam no mínimo um maço de cigarro por dia; atualmente, todas as entrevistadas alegaram não ter vício. Quanto ao uso de medicamentos, 19 (58%) faziam uso de anti-hipertensivo; 7 (21%) faziam uso de algum anti-inflamatório ou analgésico em caso de dor; 3 (9%) faziam uso de laxantes quando apresentavam dificuldade para evacuar; 3 (9%) faziam uso de reposição de cálcio; 1 (3%) usavam antidepressivos.

Tabela I - Descrição geral da amostra numérica e percentual em relação às variáveis sociodemográficas.

Variáveis sociodemográficas	N	%
Estado civil		
Viúva	26	79
Divorciada	3	9
Solteira	2	6
Casada	2	6
Escolaridade		
Ensino médio	16	49
Curso técnico	11	33
Superior completo	4	12
Não alfabetizada	2	6
Etnia		
Branca	24	73
Negra	4	12
Amarela	3	9
Parda	2	6
Ocupação		
Aposentada	13	40
Do lar	7	22
Não declaram	6	19
Funcionária pública	4	13
Professora	1	3
Empregada doméstica	1	3
Religião		
Católica	19	58
Evangélica	7	21
Espírita	4	12
Não declararam	3	9
Índice de Massa Corporal (IMC)		
Normal	30	91
Obesa	3	9
Antecedentes pessoais		
Ex-fumantes	5	15
Medicamentos		
Anti-hipertensivo	19	58
Anti-inflamatório ou analgésico	7	21
Laxante	3	9
Cálcio	3	9
Antidepressivo	1	3

Em relação aos tipos de parto, 22 (67%) idosas relataram partos vaginais com média de 2,12 partos; seguido de 5 (16%) idosas que tiveram partos com fórceps sendo a média de 0,30 partos e 3 (10%) relataram ter realizado a cesariana com média de 0,21 partos. Dentre as 33 idosas, apenas 2 (7%) relataram abortos. Considerado o peso do recém-nascido, o menor foi de 2,800 kg e o maior de 4,05 kg, com média de 2,78 kg.

As comorbidades prevalentes foram: hipertensão, presente em 24 pacientes (72%); seguida do acidente vascular encefálico (AVE) relatado por 9 (27,7%) pacientes, destas só 1 não teve sequelas motoras, apenas tremor na face e mão esquerda.

Quando questionadas sobre as demais comorbidades, 2 (6%) participantes relataram câncer, sendo realizado tratamento cirúrgico. As que tiveram antecedentes pessoais foram 8 (24%), porém não especificaram qual tipo de câncer. Das voluntárias entrevistadas, 5 (15%) relataram problemas circulatórios, 4 (12%) referiram problemas respiratórios, sendo maior a

prevalência de pneumonia. Dentre outras doenças, 13 (39%) apresentavam disfunções metabólicas, 3 (9%) apresentavam disfunções neurológicas, 4 (12%) tinham osteoporose e 4 (12%) osteoartrose.

Já em relação ao sistema intestinal, 11 (33%) mulheres relataram alguma dificuldade para evacuar, porém conseguiam ir ao banheiro no mínimo duas vezes por semana e sem queixa de dor, quanto as 22 (67%) sem queixas intestinais.

Quanto à mobilidade, 11 (33%) eram cadeirantes; 7 (22%) utilizavam o andador; 4 (12%) usavam bengala; 11 (3%) deambulavam independentes com passos curtos e diminuídos decorrentes do envelhecimento.

No exame físico, foi identificado que 20 (60%) apresentavam hiperlordose lombar, 9 (22%) retificação lombar, 4 (12%) inclinação pélvica à direita e 2 (6%) inclinação pélvica à esquerda. Quanto à sensibilidade de membros inferiores (MMII): 21 (63%) relataram dormência nos pés e sensibilidade alterada, sendo 12 (37%) sem alterações.

Quanto a cirurgias ginecológicas, 11 (33%) mulheres relataram ter realizado, 8 (2%) fizeram perineoplastia e 3 (9%) hysterectomia. As complicações ginecológicas encontradas nesta amostra foram infecção urinária - 9 (28%) mulheres relataram queixa; 2 (6%) tiveram sangramento e 1 (3%) mencionou corrimento, fez tratamento e atualmente não tem queixas.

Sinais e sintomas referentes à IU: 21 (64%) idosas referiram alguma perda urinária; 9 (28%) perdiam urina em gotas; 9 (28%) referiram em jato; 3 (8%) perdiam todo o conteúdo da bexiga e 12 (37%) não tinham queixa de perda. Considerando a frequência urinária durante o dia, a média foi de 5,72 idas ao banheiro, com desvio padrão de $\pm 3,76$, 11 (33%) foram no mínimo 3 vezes ao banheiro e 1 (3%) relatou ir até 16 vezes. Relacionado ao tempo do problema de IU, entre todas as que tiveram queixa havia muito tempo, apenas uma relatou perda num período de três meses.

Questionadas referente ao primeiro desejo miccional, com relato de 1 hora após ter urinado, a média foi de 126,96 minutos; algumas não sabiam quando perdiam urina, considerando isto como hábito, e perdiam todo o conteúdo da bexiga de forma imperceptível, mostrando estarem habituadas a essa condição.

Quanto ao uso de forro ou fraldas, 20 (60%) relataram uso, 11 (33%) usavam fraldas, 6 (18%) faziam uso apenas de absorvente e 3 (9%) faziam uso de fralda e absorvente; entre elas, algumas relataram fazer uso de 2 fraldas por vez, mas, ainda assim, molhavam a roupa. Em geral, foi considerado pelas idosas que o número mínimo de troca é de 3 vezes e o máximo de 10 vezes, nos períodos diurno e noturno.

Referente ao consumo de líquido, 17 (51%) relataram evitar o consumo, porém as cuidadoras e equipe de enfermagem incentivam a ingestão de líquidos: água, chá ou suco. Algumas disseram gostar de café, mas em todas as casas oferecem apenas café com leite, chá e água; refrigerante só em festas.

Com relação ao gráfico 2, relacionado ao domínio 2 do KHG, referente ao problema da bexiga que afeta a vida das voluntárias atualmente, inerente à frequência, o percentual encontrado foi de 19 (57,7%) para a alternativa não afeta e 3 (9%) para a alternativa mais ou menos.

No gráfico 3, consta o impacto da incontinência urinária no desempenho das tarefas. Encontra-se o percentual de 23 (69,9%) para alternativa nenhuma e 3 (9%) para alternativa mais ou menos.

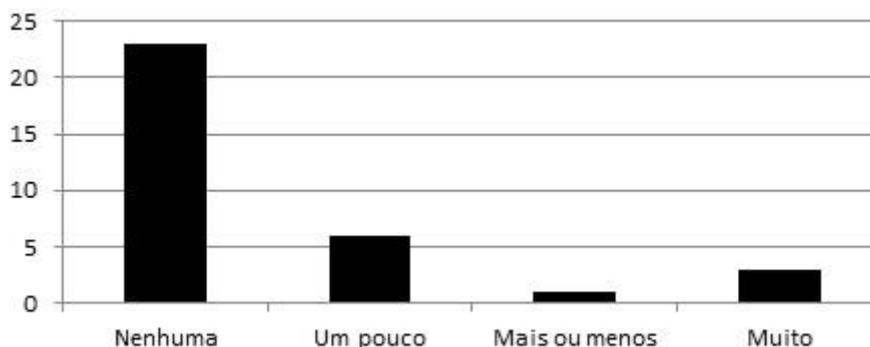


Gráfico 1 - Descrição do impacto da IU no desempenho de tarefas.

A tabela IV abaixo, na análise dos domínios observados quanto ao domínio Percepção Geral de Saúde, 31 (93,93%) das pacientes apresentaram escore variando de 75 a 25 pontos, já que essa proporção foi utilizada em outros domínios: Impacto da incontinência (33,33 e 100 pts), Limitação de atividades diárias (entre 33,33 e 100 pts), Limitações físicas (entre 16,60 e 50 pts), Limitações sociais (entre 11,11 e 66,67 pts), Relações pessoais (entre 0 e 100 pts), Emoção (entre 11,11 e 100 pts), Sono/ disposição (entre 16,67 e 66,67 pts) e Medidas de gravidade (entre 16,67 e 91,67 pts).

Tabela II - Valores dos scores obtidos (Média, Mediana, Desvio-padrão, Q75 – Q25 Mínimo Máximo) entre os domínios do KHG.

Domínio KHQ	Média	DP	Mediana	Q75 Máximo	Q25 Mínimo
Percepção geral de saúde	46,21	21,75	50	75	0
Impacto da incontinência	32,32	41,23	0	100	0
Limitações de atividade diária	21,5	35,02	0	100	0
Limitações físicas	18,18	21,79	16,16	66,67	0
Limitações sociais	14,14	19,69	0	66,66	0
Relações pessoais	3,03	17,4	0	100	0
Emoções	20,53	30,18	0	100	0
Sono/disposição	23,23	27,3	16,66	100	0
Medidas de gravidade	45,2	26,76	50	91,67	0

King's Health Questionnaire (KHQ)

De acordo tabela de resultados do KHG, domínio Percepção Geral de Saúde com média de 46,21 pontos, foi o domínio que demonstrou maior impacto na qualidade de vida das idosas participantes deste estudo, entretanto a IU apresentou pouca interferência nas relações pessoais, uma vez que a média deste domínio foi de 3,03 pontos neste estudo.

Discussão

Pesquisas demonstram que o aumento da população brasileira acima de 60 anos ocorre de forma significativa. Em 1996, esta faixa etária correspondia a 7% da população, hoje a média é de 10% e em 2025 será em torno de 16%. Espera-se em 2050 o alcance da sexta posição quanto ao contingente de idosos; e que as mulheres representem 62% desse índice.

O aumento de doenças crônicas que acarretam limitações físicas, perda da cognição - como as demências, depressão, doenças cardiovasculares, IU e fecal, causa dependência e isolamento. Deste modo, este estudo teve como objetivo identificar a prevalência da IU e o impacto na qualidade de vida dessas pacientes que são institucionalizadas porque os problemas afetam diretamente os familiares, que têm dificuldade em mantê-las em seu lar em virtude das necessidades tanto de ordem financeira, como de cuidados específicos que elas requerem [11,12].

Segundo Virtuoso et al. [3], o sobrepeso leva ao aumento do IMC e, no envelhecimento, leva à alteração nas dimensões corporais das mulheres, ocasionando distúrbios no metabolismo e resistência à insulina que, por sua vez, pode danificar o sistema vascular do assoalho pélvico e causar disfunção do músculo detrusor e do esfíncter uretral.

Neste estudo, observaram-se outros fatores que podem desenvolver a IU, como infecção urinária por repetição. Segundo Pedro *et al.* [13], as infecções urinárias provocam a urge-incontinência, associada à hipertensão arterial (HA) presente na maioria das mulheres incontinentes, combinado ao uso de diuréticos, entre outros medicamentos. Os fármacos aumentam o metabolismo hepático e torna-se deficitário para eliminar a quantidade exacerbada de substâncias tóxicas, causando o mau funcionamento do trato urinário [1].

A principal queixa encontrada neste estudo foi de IUU, considerado um tipo comum na população idosa. Este achado corrobora o estudo de Busato e Mendes [14] em idosas acima de 70 anos, que demonstrou que o índice de IUU nesta população é elevado. Estes índices elevados podem estar associados a problemas com a locomoção e diminuição da função cognitiva, que leva ao prejuízo e descontentamento oferecido por essa conjunção. Faz-se necessário o acompanhamento dessa população de risco no momento da institucionalização.

Conforme Virtuoso *et al.* [3], com o processo de envelhecimento e suas consequências: as alterações estruturais na bexiga, o desenvolvimento de fibrose, hipersensibilidade neurotransmissor noradrenalina, há diminuição da capacidade vesical e desenvolvimento de

contrações involuntárias, provocando desequilíbrio em todo o sistema urinário que leva a sintomas de urgência miccional e/ou IUU.

Em decorrência da diminuição da mobilidade e dificuldade para ir ao banheiro, ocorrem perdas de urina [13], e em poucas idosas ocorrem perdas ao espirrar ou tossir. Há idosas que convivem com perda miccional há mais de cinco anos e não procuram tratamento. Verificam Langoni et al. [15] que idosas convivem com o problema há mais de 7,7 anos e não procuram ajuda, acredita-se que há falta de políticas públicas que ofereçam acesso à informação e tratamento. É preciso que os profissionais de saúde disponibilizem esse acesso para melhor qualidade de vida dessas mulheres.

A IU é um problema de saúde pública, pois demanda altos valores. O problema afeta idosas principalmente em ILPI, e há alto consumo de fraldas, de medicamentos, entre outros gastos. Neste estudo, encontramos mulheres que usam até duas fraldas por vez e ainda molham a roupa. No Brasil não foram encontrados estudos que determinam esses valores. Porém, nos Estados Unidos os gastos são em torno de 16 bilhões de dólares anuais, sugerindo que seja elaborado um plano de tratamento para diminuir os gastos, assim como melhorar a qualidade de vida das pacientes [4,8].

Diante dessa realidade, este estudo identificou que a população idosa institucionalizada enfrenta problemas psicossociais, como a perda da autoestima e isolamento social. Corroboram este resultado Melo *et al.* [16] e Rett *et al.* [17]. A diminuição da autoestima está relacionada à falta de controle sobre seu corpo, preocupação com a higiene pessoal, problemas psicológicos que as distanciam da família e dos amigos, impedem-nas de frequentar igreja e festas, causando isolamento social, depressão, insatisfação, estresse e, conseqüentemente, impacto negativo na qualidade de vida.

Desse modo, é de extrema importância a intervenção dos profissionais de saúde com ênfase no tratamento fisioterapêutico. A fisioterapia uroginecológica, em 2005, foi indicada pela ISC como primeira opção de tratamento para IU, pelo baixo custo e eficácia comprovada e tratamento menos invasivo. Entretanto, existe uma deficiência nos serviços públicos no Brasil. Sugere-se que o sistema de saúde promova ações e forneça serviço e orientações a essas mulheres com incontinência [18].

O tratamento fisioterapêutico assume um importante papel na reabilitação dessas mulheres, tendo o objetivo de aumentar a resistência dos músculos do assoalho pélvico (MAP), prevenir a evolução da IU, contribuir na redução da frequência ou gravidade da doença ou retardar a necessidade de cirurgia [8]. Entre os principais recursos utilizados, cinesioterapia, os exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, cones vaginais, que são dispositivos com tamanho, forma e pesos diferentes, o *biofeedback*, o qual tem como objetivo melhorar os processos fisiológicos pela conscientização corporal da musculatura perineal e a eletroestimulação, que reestabelece as conexões entre as fibras musculares promovendo aumento do tônus e melhora na sua função. Com a idosa, associa-se terapia comportamental que envolve: diário miccional e educação do paciente (ingestão hídrica, alimentação e informação anatômica do trato uroginecológico) [19,20].

Neste estudo, encontramos limitações na amostragem em consequência de alterações cognitivas. Não foi possível um número maior para a amostra, pois 78 voluntárias não foram capazes de responder à entrevista. Ainda assim, foi possível identificar o problema da IU em 21 mulheres entrevistadas, apesar de apresentarem outras queixas, já que o envelhecimento envolve outras patologias. Contudo, a literatura acerca da prevalência da IU ainda é incerta, sendo encontrada discrepância nos percentuais divulgados sobre o número de afetadas pela moléstia. Desta forma, fazem-se necessários outros estudos que abordem essa temática.

Conclusão

Em instituição de longa permanência, apesar de a incontinência urinária não ser a queixa principal das idosas, o *King's Health Questionnaire*, pelo domínio percepção geral e pela escala de sintomas, a IU afeta significativamente a qualidade de vida das idosas. Visto que não é possível modificar o uso de medicamentos necessários para cada idosa, nos demais fatores modificáveis, deve-se evitar o sedentarismo, considerando que ingestão hídrica e alimentação adequada, controle do peso corporal e exercícios específicos de fortalecimento dos músculos pélvicos são considerados como medidas preventivas e eficazes para evitar progressão e maiores comprometimentos da IU. Mediante o exposto, são cabíveis medidas de prevenção, orientação e tratamento para que se amenize o impacto da IU na qualidade de vida das idosas institucionalizadas, visando a melhor atenção na saúde da mulher.

Referências

1. Pitangui ACR, Silva RG, Araújo C. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15(4):619-26. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000400002>
2. Sousa JG. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. *Fisioter Mov* 2011;24(1):39-46.
3. Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. *Fisioter Mov* 2012;25(3):571-82. <https://doi.org/10.1590/S0103-51502011000100005>
4. Dedicção AC, Haddad M, Saldanha MES, Driusso P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Rev Bras Fisioter* 2009;13(2):116-22. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552009005000014>
5. Lopes DBM, Praça NP. Prevalência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto e fatores relacionados. *Acta Paul Enferm* 2012;25(4):574-80. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400015>
6. Carvalho MP de et al. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014;17(4):721-30. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13135>
7. Lazari ICF, Lojudice DC, Marota AG. Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2009;12(1):103-12.
8. Oliveira JR, Garcia RR. Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011;14(2):343-51. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.200912019>
9. Kumari S, Vanita J, Mandal AK, Singh A. Behavioral therapy for urinary incontinence in India. *Int J Gynecol Obst* 2008;103:125-30. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.06.019>
10. Fonseca ESM et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstetr* 2005;27(5):235-42. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032005000500002>
11. Silva VA, Elboux MJ. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. *Texto Contexto Enferm* 2012;21(2):338-47. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200011>
12. Lisboa CR, Chiana TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev Bras Enferm* 2012;65(3):482-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000300013>
13. Pedro AF, Ribeiro J, Soler Z, Bugdan AP. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog (Ed. port.)* 2011;7(2):63-70. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v7i2p63-70>
14. Busato Junior WFSB, Mendes FM. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: Relação com mobilidade e função cognitiva. *Arq Catarin Med* 2007;36(4):49-55.
15. Langoni CS, Knorst MR, Lovatel GA, Leite VO, Resende TL. Incontinência urinária em idosas de Porto Alegre: sua prevalência e sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. *Fisioter Pesq* 2014;21(1):74-80. <https://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/475210114>
16. Melo BES, Freitas BCRF, Oliveira VRC, Menezes RL. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15(1):41-50. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000100005>
17. Rett MT, Simões JA, Herrmann V, Gurgel MSC, Morais SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007;29(3):134-40. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000300004>
18. Figueredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de Serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. *Rev Bras Fisioter* 2008;12(2):136-42. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552008000200010>

19. Bo K, Telseth, Vinsnes A. Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:598-603.
20. Mesquita LA, César PM, Monteiro MVC, Filho ALS. Terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor. *Femina* 2010;38(1).