

INCONTINÊNCIA URINÁRIA ENTRE IDOSOS RESIDENTES EM ÁREA RURAL DE MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Urinary incontinence among older adults living in the rural area of a municipality in southern brazil

Alessandra Coelho Dziekaniak^{a,*} , Rodrigo Dalke Meucci^a , Juraci Almeida Cesar^a 

RESUMO

OBJETIVO: Este estudo mediu a prevalência e identificou fatores associados à ocorrência de incontinência urinária (IU) entre idosos (60 anos ou mais) residentes na área rural de Rio Grande, Rio Grande do Sul. **MÉTODO:** Em abordagem única, entrevistadores visitaram de forma sistemática 80% dos domicílios da área rural desse município entre abril e outubro de 2017. Questionário padronizado foi aplicado aos idosos buscando informações sobre características demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida e padrão de morbidade. Utilizou-se como medida de efeito a razão de prevalências (RP), o teste do c^2 para comparar proporções e a regressão do Poisson com ajuste da variância robusta na análise multivariável. **RESULTADOS:** Entre os 1.028 entrevistados (90,9% do total), 15,9% (IC95% 13,6–18,1) referiu IU. A análise ajustada mostrou que o risco de IU aumenta com a idade e é 3 vezes maior nas pessoas do sexo feminino, com RP = 3,72 (IC95% 2,66–5,21). Perceber seu estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim mostrou RP = 1,68 (IC95% 1,25–2,26) e ter duas ou mais comorbidades tem RP = 1,73 (IC95% 1,17–2,55). **CONCLUSÃO:** Neste estudo, a prevalência de IU foi de 15,9%, sendo significativamente mais prevalente em mulheres, idosos acima de 65 anos, naqueles com duas ou mais morbidades e nos que percebem sua saúde como regular, ruim ou muito ruim.

PALAVRAS-CHAVE: idoso; zona rural; incontinência urinária.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To measure the prevalence of and identify factors associated with the occurrence of urinary incontinence (UI) in older adults (aged 60 years or older) living in the rural area of the municipality of Rio Grande, southern Brazil. **METHOD:** In a single-visit approach, interviewers systematically visited 80% of the households in the rural area of this municipality between April and October 2017. A standardized questionnaire was administered to older adults for information on demographic characteristics, socioeconomic characteristics, lifestyle habits, and morbidity pattern. Prevalence ratio (PR) was used as the effect measure. The c^2 test was used to compare proportions. Poisson regression models with robust variance were used in the multivariate analysis. **RESULTS:** Of 1028 respondents (90.9% of the total), 15.9% (95%CI 13.6–18.1) reported having UI. Adjusted analysis showed that the risk of UI increases with age and is 3 times higher in women (PR = 3.72; 95%CI 2.66–5.21). Perception of health status as fair, poor, or very poor had a PR = 1.68 (95%CI 1.25–2.26) and having 2 or more comorbidities had a PR = 1.73 (95%CI 1.17–2.55). **CONCLUSION:** In this study, the prevalence of UI was 15.9%, being significantly more prevalent in women, in older adults aged 65 years or older, in those with 2 or more morbidities, and in those perceiving their health status as fair, poor, or very poor.

KEYWORDS: aged; rural areas; urinary incontinence.

^aUniversidade Federal do Rio Grande – Rio Grande (RS), Brasil.

Dados para correspondência

Alessandra Coelho Dziekaniak – Rua Duque de Caxias, 404, apto. 801 – Centro – CEP: 96200-020 – Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: alessandrzk@gmail.com
 Recebido em: 01/02/2019. Aceito em: 11/02/2019
 DOI: 10.5327/Z2447-211520191900021

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) caracteriza-se pela perda involuntária de urina.¹ Pode ocorrer de forma aguda ou crônica² e classifica-se em IU de esforço, de urgência ou mista. A IU de esforço decorre de fraqueza do esfíncter uretral e se manifesta ao tossir, espirrar, rir ou mediante algum esforço físico, enquanto a de urgência manifesta-se como a necessidade imediata de esvaziar a bexiga. A IU mista resulta da combinação desses dois tipos.³

Trata-se de uma doença de ocorrência frequente em nível mundial, com prevalência que varia entre 9 e 55%.⁴ Até os 80 anos acomete principalmente as mulheres e após essa idade acomete igualmente ambos os sexos.² Entre os idosos, a IU relaciona-se diretamente à redução da elasticidade da bexiga, da força e da hiperatividade do músculo detrusor, à deficiência de estrogênio, à atrofia do esfíncter urinário externo e à hiperplasia da próstata. Esse quadro é ainda agravado pela diminuição da capacidade neurológica e da função cognitiva, redução da atividade física mais robusta, instabilidade postural e uso de medicamentos.^{4,5}

A IU causa ao indivíduo problemas físicos, como maior frequência de hospitalizações por fraturas que decorrem do deslocamento rápido, infecções de pele e urinárias e problemas psicológicos como raiva, constrangimento e depressão.^{4,5} Esses problemas acarretam dificuldades financeiras ao idoso, maior risco de institucionalização pela dificuldade de encontrar cuidadores e isolamento social, com o afastamento do idoso de suas atividades de lazer, de trabalho e do convívio com amigos e familiares.^{4,5} Os impactos da IU sobre a qualidade de vida são tão marcantes que metade dos pacientes hospitalizados e em situação muito grave a consideraram pior do que morrer.⁶

Apesar de ser a IU uma doença limitante e de elevada prevalência, existem poucos estudos de base populacional que avaliam esse desfecho em idosos da área rural, onde a população tende a ser mais pobre e o acesso aos serviços de saúde tende a ser mais difícil. Desse modo, o objetivo deste estudo foi medir a prevalência e identificar os fatores associados à ocorrência de IU entre idosos (60 anos ou mais) residentes em área rural do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul.

MÉTODO

O presente estudo é parte de um consórcio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande (PPGSP-FURG) que envolve alunos de mestrado e doutorado e tem como objetivo avaliar a saúde de idosos residentes na área rural do município do Rio Grande.

Esse município possui cerca de 210 mil habitantes e está localizado próximo ao extremo sul do Brasil, distante 330 km de Porto Alegre, a capital do Rio Grande do Sul. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁷, a população estimada na área rural em 2010 era de 8.400 habitantes. Desse total, cerca de 1.100 possuíam 60 anos ou mais.

As bases da economia desse município são o comércio, o agronegócio (basicamente pecuária e produção de arroz), a atividade portuária (exportação de grãos), a pesca e a indústria de defensivos agrícolas.

Foram incluídos nesse estudo os idosos com 60 anos ou mais, residentes na área rural do município entre os meses de abril e outubro de 2017. Foram excluídos aqueles que se encontravam hospitalizados ou institucionalizados por ocasião da realização das entrevistas. O delineamento utilizado foi do tipo transversal, com os idosos sendo abordados uma única vez no seu domicílio.

De posse dos limites geográficos dos setores censitários da área rural fornecidos pelo IBGE, cada conjunto de domicílios foi mapeado e recebeu um número de setor. Ao chegar em cada setor, o primeiro domicílio era escolhido aleatoriamente pelo supervisor de campo. Com isso, visitavam-se os quatro subsequentes. Ao completar o quarto domicílio com moradores, “pulava-se” o quinto domicílio e recomeçam as entrevistas nos quatro domicílios seguintes. Assim foi feito até que todo o setor fosse percorrido. Todos os moradores do domicílio que tivessem 60 anos ou mais eram entrevistados. Isso caracteriza a amostra como do tipo sistemática e mostra que o presente estudo cobriu 80% dos domicílios existentes na área rural do município de Rio Grande. Vale destacar ainda que as construções desabitadas não foram contabilizadas e que os moradores ausentes receberam uma segunda ou terceira visita. Caso não fossem encontrados nessas duas outras tentativas, eram contabilizados como perdas.

O cálculo de tamanho amostral foi feito *a posteriori* com a utilização do programa EPI Info 6.4,⁸ considerando a prevalência de IU de 15,9%, margem de erro de 3,0 pontos percentuais, nível de confiança de 95% e acréscimo de 9,1% para perdas. Com base nesses parâmetros, a investigação deveria incluir pelo menos 622 idosos. A amostra necessária para avaliar fatores associados deveria incluir pelo menos 993 idosos, para nível de confiança de 95% e poder de 80%. Esse valor já se encontra acrescido de 15% para controle de eventuais fatores de confusão e de 10% para perdas.

As informações foram coletadas a partir de dois questionários padronizados e previamente testados. Em um deles, buscavam-se informações sobre as características do idoso e no outro, sobre as condições de moradia. O questionário

sobre o idoso foi respondido sempre que possível pelo próprio idoso ou então pelo seu cuidador. O questionário sobre o domicílio era respondido pelo chefe do domicílio, que nem sempre era o idoso que residia ali.

Foi aplicado um treinamento a um grupo de candidatas a entrevistadoras, totalizando 32 horas, seguido por um estudo piloto em um setor censitário da área rural de Rio Grande. Os domicílios visitados no estudo piloto foram excluídos do processo amostral. Ao final, seis candidatas foram selecionadas. A coleta de dados se deu por meio de *tablets*, em versão eletrônica do questionário, utilizando o aplicativo móvel REDCap (Research Electronic Data Capture).⁹

Ao final de cada dia de trabalho, os questionários armazenados nos *tablets* eram enviados ao servidor da FURG (redcap.furg.br). Os dados eram revisados semanalmente e eventuais inconsistências ou faltas de respostas eram então corrigidas. Quando necessário, era feito novo contato com o entrevistado. Ao final do trabalho de campo os dados foram transferidos para o programa estatístico Stata14®.¹⁰

O controle de qualidade das entrevistas foi realizado por dois supervisores do consórcio. Isso era feito por meio de ligações telefônicas. Ao final, 105 entrevistas (10,5% do total) foram parcialmente refeitas. O índice *Kappa* de concordância entre as variáveis analisadas variou de 0,69 a 0,88 para as perguntas “(a) Sr.(a) se urina sem querer?” e “Quantos anos o(a) Sr.(a) tem?”, respectivamente.

Para as análises, foi construído um modelo hierárquico com três níveis. O primeiro nível (distal) incluiu as variáveis demográficas (idade, sexo, viver com companheiro) e socioeconômicas (escolaridade e renda familiar). O segundo nível (intermediário) constou de variável que descrevia o número de moradores no domicílio. No terceiro nível (proximal) ficaram as variáveis relacionadas a hábitos de vida (tabagismo e atividade física), condições de saúde (autopercepção de saúde e índice de massa corporal — IMC) e presença de morbidade referida: diabetes mellitus (DM), acidente vascular cerebral (AVC), hipertensão arterial sistêmica (HAS), câncer e doença renal. A atividade física foi medida por meio de cinco perguntas que consideravam caminhar ou andar de bicicleta no trabalho, no lazer ou para deslocar-se de um lugar a outro e outras três perguntas sobre utilizar ou carregar objetos pesados durante o trabalho. A autopercepção de saúde foi avaliada pela resposta à pergunta “Considerando outras pessoas com a mesma idade que o(a) Sr.(a), como o(a) Sr.(a) considera sua saúde?”. O IMC foi calculado utilizando peso e altura referidos pelo entrevistado. A presença de morbidades foi avaliada perguntando ao entrevistado se algum médico já havia dito ao idoso que ele possuía a morbidade em questão. O desfecho principal foi constituído

pela perda involuntária de urina (IU) referida pelo idoso e foi considerado incontinente o idoso que respondesse sim a qualquer uma das seguintes perguntas: “O(A) Sr.(a) se urina sem querer?”, “O(A) Sr.(a) se urina sem querer quando tosse, ri, espirra ou faz algum esforço?” e “O(A) Sr.(a) se urina sem querer por não conseguir chegar a tempo no banheiro?” e que respondesse tempo igual ou superior há um mês à questão “Há quanto tempo o(a) Sr.(a) se urina sem querer?”.

A análise descritiva constou da obtenção das prevalências tanto do desfecho quanto das variáveis independentes. A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalências (RP), obtida pela regressão de Poisson com ajuste robusto da variância.¹¹ Para as variáveis com mais de duas categorias foram utilizados os testes de heterogeneidade para exposições dicotômicas ou politômicas e o teste de tendência linear para exposições ordinais.¹²

A análise ajustada obedeceu ao modelo hierárquico previamente definido e tinha por objetivo controlar o efeito de fatores confundidores e mediadores entre as variáveis independentes e o desfecho.¹² Ao executar o ajuste, as variáveis foram controladas para aquelas do mesmo nível e de níveis anteriores. Para ser mantida no modelo de ajuste, a variável deveria alcançar valor *p* de até 0,20 na sua associação com o desfecho. O nível de significância adotado foi o de 95% para teste bicaudal.¹²

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FURG sob o parecer nº 51/2017, processo 23116.009484/2016-26. Os idosos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma cópia de posse do entrevistado e outra arquivada na sede do consórcio.

RESULTADOS

A partir da visitação à área rural, foram identificados 1.131 idosos elegíveis para o estudo, dos quais 1.028 foram entrevistados, o que revela taxa de respondentes de 90,9%. Entre os não entrevistados estavam aqueles não encontrados ou que não quiseram responder, mesmo após três tentativas de abordagem.

A Tabela 1 mostra que aproximadamente metade (44,6%) da população estudada possuía entre 65 e 74 anos, 55,2% era do sexo masculino e 92,7% se declarou como tendo a cor da pele branca. Pouco menos de um terço da população (30,6%) completou 5 anos ou mais de estudo e 87% ganhava até 2,9 salários mínimos. Cerca de 57,7% considerava sua saúde boa ou muito boa e quase dois terços (64,6%) relatou já ter sido informado pelo médico como sendo portador de AVC, DM, HAS, câncer ou doença renal. A prevalência

Tabela 1 Características da população com 60 anos ou mais de idade residente na área rural do município de Rio Grande, RS, em 2017 (n = 1.028).

Características	Percentual % (n)
Idade (em anos)	
60 a 64	26,0 (267)
65 a 74	44,6 (459)
75 ou mais	29,4 (302)
Média ± desvio padrão	70,9 ± 8,1
Sexo	
Masculino	55,2 (567)
Feminino	44,8 (461)
Cor da pele	
Branca	92,7 (953)
Parda	3,5 (36)
Preta	3,8 (39)
Vive com companheiro	64,1 (659)
Renda familiar mensal em salários mínimos	
Até 1,9	40,7 (418)
2 a 2,9	46,6 (479)
3 ou mais	12,7 (131)
Média ± desvio padrão	2,3 ± 2,6
Mediana	2,0
Escolaridade (em anos completos de estudo)	
0 a 2	41,6 (428)
3 e 4	27,8 (286)
5 ou mais	30,6 (314)
Média ± desvio padrão	3,6 ± 3,8
Número de moradores no domicílio	
1	22,0 (226)
2	49,7 (511)
3 ou mais	28,3 (291)
Média ± desvio padrão	2,2 ± 1,1
Se está trabalhando	15,1 (155)
Se fuma ou já fumou	47,0 (483)
Se consumiu álcool na última semana	16,7 (172)
Atividade física diária (minutos)	
Nenhuma	33,1 (340)
30 ou 60	48,1 (495)
90 ou mais	18,8 (193)
Autopercepção de saúde	
Boa ou muito boa	57,7 (593)
Regular, ruim ou muito ruim	42,3 (435)
Índice de massa corporal^a	
Magro (< 18,5)	1,7 (17)
Normal (18,5 a 24,9)	34,7 (357)
Sobrepeso (25,0 a 29,9)	42,1(433)
Obeso (> 29,9)	21,5 (221)
Média ± desvio padrão	27,0 ± 4,7
Disse ser portador de enfermidade confirmada por médico^b	
Nenhuma	35,4 (364)
Uma	41,3 (425)
Duas ou mais	23,3 (239)
Incontinência urinária	15,9 (163)

^aPeso/altura autorreferidos; ^bacidente vascular cerebral, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, câncer ou doença renal.

de IU encontrada nessa população foi de 15,9%, com intervalo de confiança de 95% (IC95%) 13,6–18,1.

De acordo com análises ajustadas, foram associadas ao desfecho: idade ≥ 75 anos (RP = 1,82; IC95% 1,17–2,81), sexo feminino (RP = 3,74; IC95% 2,68–5,23), percepção de saúde regular, ruim ou muito ruim (RP = 1,68; IC95% 1,25–2,26) e ter duas ou mais morbidades (RP = 1,73; IC95% 1,17–2,55) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A prevalência de IU entre idosos residentes na área rural do município de Rio Grande foi de 15,9%. Após ajuste, mantiveram-se associados à ocorrência de IU: idade acima de 75 anos, pertencer ao sexo feminino, perceber sua saúde como regular, ruim ou muito ruim e referir a presença de duas ou mais morbidades.

Essa prevalência mostra que um em cada seis idosos apresentava IU na área rural de Rio Grande. Estudos semelhantes mostram que essa proporção variou de 9,8 a 42%.^{13,14} Essa diferença pode ser atribuída à diferença entre os estudos. Enquanto alguns incluíram apenas mulheres,^{15–18} outros abordaram população mais velha.¹⁷ Além disso, não houve uniformidade no critério diagnóstico que possibilitou a medida do desfecho. Nenhum deles utilizou método objetivo para medir a ocorrência de IU, além de utilizarem diferentes perguntas para caracterizar o desfecho. Sobre a população rural, apenas três estudos foram encontrados,^{17–19} nenhum deles brasileiro.

Esse número encontrado pode estar subestimado, visto que a vergonha associada à IU leva muitas pessoas a não admiti-la. Além disso, frequentemente a IU é considerada parte do envelhecimento. Desse modo, os indivíduos acostumam-se com a disfunção, alterando seus hábitos de vida sem procurar por cuidados médicos.²⁰

A principal variável associada à IU neste estudo foi o sexo. Para cada homem com IU há praticamente quatro mulheres incontinentes. Essa diferença tem explicação fisiológica, com base em diferenças hormonais e questões relacionadas à vida reprodutiva.²¹ A maioria dos estudos existentes sobre o tema que avaliaram homens e mulheres também aponta essa diferença. A exceção foi um estudo realizado no Japão, que mostra uma prevalência maior em homens, e os autores atribuem essa diferença à dificuldade das mulheres em relatar o problema.¹³ A diferença entre os sexos pode ser atribuída a aspectos da vida reprodutiva, o que não pode ser comprovado neste estudo em virtude do reduzido número de mulheres na amostra. Apesar dessa diferença, o presente estudo mostra ainda que 1 em cada 13 homens apresenta IU. Embora seja

inferior à frequência observada entre mulheres, deve-se dar atenção a essa população.

A probabilidade de ocorrência de IU entre idosos com 75 anos ou mais é cerca de duas vezes maior em relação àqueles com idade entre 60 e 64 anos. Isso mostra que a idade é

um dos principais determinantes dessa doença. Diferença de magnitude semelhante já foi identificada em outros estudos.^{13-15,21} Isso é decorrente de mudanças anatômicas e fisiológicas sobre o trato urinário, inerentes ao envelhecimento.^{5,13} Além disso, outras situações enfrentadas por idosos como

Tabela 2 Análise bruta e ajustada para fatores associados à ocorrência de incontinência urinária entre pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes na área rural do município de Rio Grande, 2017 (n = 1.028).

Nível	Característica	Prevalência de incontinência urinária % (n = 163)	Análise (IC95%)	
			Bruta	Ajustada
I	Idade		p = 0,006	p = 0,025 ^a
	60 a 64 anos	10,1 (27)	1,00	1,00
	65 a 74 anos	16,3 (75)	1,61 (1,07-2,44)	1,60 (1,07-2,40)
	75 anos ou mais	20,2 (61)	2,00 (1,31-3,05)	1,82 (1,17-2,81)
	Sexo		p < 0,001	p < 0,001
Masculino	7,4 (42)	1,00	1,00	
Feminino	26,2 (121)	3,78 (2,70-5,29)	3,72 (2,66-5,21)	
	Vive com companheiro		p = 0,181	p = 0,988
	Não	17,9 (66)	1,00	1,00
Sim	14,7 (97)	0,82 (0,62-1,09)	0,99 (0,73-1,36)	
	Renda familiar mensal em salários mínimos		p = 0,262	p = 0,394 ^a
	Até 1,9	13,6 (57)	1,00	1,00
	2 a 2,9	17,1 (82)	1,25 (0,92-1,71)	1,11 (0,80-1,54)
3 ou mais	18,3 (24)	1,34 (0,87-2,07)	1,33 (0,88-2,00)	
	Escolaridade (anos completos)		p = 0,035	p = 0,130 ^a
	Até 2	18,9 (81)	1,00	1,00
	3 a 4	15,7 (45)	0,83 (0,60-1,16)	0,83 (0,60-1,14)
5 ou mais	11,8 (37)	0,62 (0,43-0,89)	0,70 (0,49-1,00)	
II	Número de moradores no domicílio		p = 0,382	p = 0,498 ^a
	1	12,8 (29)	1,00	1,00
	2	16,6 (85)	1,29 (0,88-1,92)	1,25 (0,85-1,83)
3 ou mais	16,8 (49)	1,31 (0,86-2,01)	1,22 (0,80-1,85)	
III	Tabagismo		p < 0,001	p = 0,489
	Nunca fumou	21,1 (115)	1,00	1,00
	Fuma ou já fumou	9,9 (48)	0,47 (0,34-0,64)	0,89 (0,64-1,24)
	Atividade física (minutos)		p < 0,001	p = 0,238 ^a
	Nenhuma	23,2 (79)	1,00	1,00
	30 ou 60	13,7 (68)	0,59 (0,44-0,79)	0,82 (0,61-1,09)
	90 ou mais	8,3 (16)	0,36 (0,21-0,59)	0,70 (0,42-1,17)
Autopercepção de saúde		p < 0,001	p = 0,001 ^a	
Boa e muito boa	10,5 (62)	1,00	1,00	
Regular, ruim e muito ruim	23,2 (101)	2,22 (1,66-2,97)	1,68 (1,25-2,26)	
	Índice de massa corporal		p = 0,003	p = 0,280 ^a
	Magro e normal	12,0 (45)	1,00	1,00
	Sobrepeso	15,7 (68)	1,30 (0,92-1,85)	1,11 (0,79-1,55)
Obeso	22,6 (50)	1,88 (1,30-2,71)	1,35 (0,92-1,98)	
III	Morbidade referida ^b		p < 0,001	p = 0,015 ^a
	Nenhuma	9,6 (35)	1,00	1,00
	Uma	15,3 (65)	1,59 (1,08-2,34)	1,27 (0,87-1,84)
Duas ou mais	26,4 (63)	2,74 (1,87-4,01)	1,73 (1,17-2,55)	

IC95%: intervalo de confiança de 95%; ^ateste de tendência linear; ^bacidente vascular cerebral, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, câncer ou doença renal.

dificuldade de deambulação, quedas, piora cognitiva e efeitos de medicamentos utilizados no tratamento de outras doenças podem auxiliar na explicação da associação entre IU e idade avançada.^{5,14}

A autopercepção de saúde como regular, ruim ou muito ruim também está associada à probabilidade de ocorrência de IU. Há divergência na literatura sobre esse achado, com dois estudos encontrando resultados semelhantes,^{13,21} enquanto outro não encontrou associação. No último, os autores sugerem que a associação não foi encontrada em virtude de a IU ser considerada por muitos como condição inerente ao envelhecimento e não uma doença que contribua para uma condição ruim de saúde.²² Essa variável pode relacionar-se com a IU tanto no sentido de ser ela a causadora da percepção ruim de saúde quanto por estar presente em quem tem mais comorbidades, e serem essas as causadoras da percepção ruim da saúde. O presente estudo não é capaz de fazer essa diferenciação.

Este estudo encontrou associação entre IU e pessoas que apresentam pelo menos duas outras morbidades concomitantes como AVC, DM, HAS, câncer e doença renal. A maioria dos estudos encontrou associação com cada uma dessas doenças em particular. Aquele conduzido por Byles¹⁷ utilizou um modelo estatístico que inclui várias comorbidades comuns aos idosos e encontrou associação dessas doenças com IU. Todos os estudos que analisaram IU e AVC encontraram associação significativa.^{13-15,18,21} Quatro deles encontraram associação com DM^{14-16,18} e somente um encontrou associação com HAS.¹⁵

Este estudo apresenta como limitação a medida do desfecho, cujo padrão ouro para diagnóstico é o estudo urodinâmico. A utilização do questionário pode resultar em subestimativa da prevalência devido à vergonha de relatar a IU, bem como à dificuldade de compreensão de algumas perguntas. Entretanto, por se tratar de um estudo de base populacional com amostra representativa, a prevalência encontrada é a mínima esperada entre os idosos da área rural do município

de Rio Grande. Isso destaca a importância dos dados aqui produzidos, quer seja para o profissional de saúde ou para o gestor, que podem planejar gastos e intervenções sobre uma condição até então negligenciada nas ações dentro das unidades básicas de saúde.

CONCLUSÃO

Este estudo conclui que a prevalência de IU encontrada nessa população foi de 15,9% e as variáveis que mostraram-se significativamente associadas foram: pertencer ao sexo feminino, idade acima de 65 anos, sendo ainda maior o risco acima dos 75 anos, possuir pelo menos duas outras morbidades e ter a percepção sobre sua saúde como regular, ruim ou muito ruim.

A recomendação que fica deste estudo é que, embora as variáveis demográficas como sexo e idade não possam ser modificadas, a ação deveria ocorrer em três frentes:

- junto ao paciente, esclarecendo que esse problema não é uma condição inerente ao envelhecimento, logo, ao identificá-lo, deve-se procurar cuidado junto aos serviços de saúde e não negligenciá-lo como ocorre muito frequentemente;
- junto ao profissional de saúde, mostrando que há de ter essa condição em mente quando do atendimento ao idoso, buscando pelo seu diagnóstico precoce, usando de forma parcimoniosa, sobretudo nos idosos, medicamentos para outras doenças que afetam a continência urinária e promovendo o manejo adequado da IU, quer seja por meio de tratamento medicamentoso ou medidas educativas;
- junto ao gestor, informando que deveriam ser instituídos programas que reduzissem o estigma decorrente dessa doença, promovessem a socialização do idoso e dessa forma melhorassem a autoestima e o bem-estar do usuário dos serviços de saúde no que concerne a essa enfermidade.

REFERÊNCIAS

1. Gajewski JB, Schurch B, Hamid R, Averbeck M, Sakakibara R, Agrò EF, et al. An international Continence Society (ICS) report on the terminology for adult neurogenic lower urinary tract dysfunction (ANLUTD). *Neurol Urodyn*. 2018;37(3):1152-61. <https://doi.org/10.1002/nau.23397>
2. Wagg A, Gibson W, Ostaskiewicz J, Johnson T, Markland A, Palmer MH, et al. Urinary incontinence in frail elderly persons: report from the 5th international consultation on incontinence. *Neurol Urodyn*. 2015;34(5):398-406. <https://doi.org/10.1002/nau.22602>
3. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen C, Wen AJ. Global Prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *Eur Urol*. 2014;65(1):79-95. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.08.031>
4. Loh KY, Sivalingam N. Urinary incontinence in elderly population. *Med J Malaysia*. 2006;61(4):506-11.
5. Gibson W, Wagg A. New horizons: urinary incontinence in older people. *Age and Ageing*. 2014;43(2):157-63. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft214>

6. Rubin EB, Buehler AE, Halpern SD. States Worse Than Death Among Hospitalized Patients With Serious Illnesses. *JAMA Int Med.* 2016;176(10):1557-9. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.4362>
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde [Internet]. [acessado em 15 set. 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/rio-grande/pesquisa/23/25888>
8. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi-Info, version 6.04. A Word Processing, Database, and Statistics program for Epidemiology on Microcomputers. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention; 1994.
9. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform.* 2009;42(2):377-81. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>
10. StataCorp. Stata statistical software: release 14, College Station. TX: StataCorp LP; 2015.
11. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3:21-33. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>
12. Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essentials of medical statistics.* 2ª ed. Londres: Blackwell Scientific Publications; 2003.
13. Nakanishi N, Tataru K, Naramura H, Fujiwara H, Takashima Y, Fukuda H. Urinary and fecal incontinence in a community-residing older population in Japan. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45(2):215-9.
14. Wetle T, Scherr P, Branch LG, Resnick NM, Harris, T, Evans D, et al. Difficult with holding urine among older person in a geographically defined community: prevalence and correlates. *J Am Geriatr Soc.* 1995;43(4):349-55.
15. Hsieh CH, Hsu CS, Su TH, Chang ST, Lee MC. Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 60 or over. *Int Urogynecol J.* 2007;18(11):1325-9. <https://doi.org/10.1007/s00192-007-0314-z>
16. Cavalcante KVM, Silva MC, Bernardo AF, Souza DE, Lima TCC, Magalhães AG. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em mulheres idosas. *Rev Bras Promoção e Saúde.* 2014;27(2):216-23. <https://doi.org/10.5020/18061230.2014.p216>
17. Byles J, Millar CJ, Sibbritt DW, Chiarelli P. Living with urinary incontinence: a longitudinal study of older women. *Age Ageing.* 2009;38(3):333-8. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp013>
18. Nygaard IE, Lemke JH. Urinary incontinence in rural older women: prevalence, incidence e remission. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44(9):1049-54.
19. Gavira Iglesias F, Caridad y Ocerín JM, Guerrero Muñoz JB, López Pérez M, Romero López M, Pavón Aranguren MV. Seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en los ancianos de una población rural española. *Aten Primaria.* 2005;35(2):67-76.
20. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of Urinary Incontinence. *Am Fam Physician.* 2013;87(8):543-50.
21. Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad Saúde Pública.* 2009;25(8):1756-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800011>
22. Pastor MVZ, Rodríguez-Laso A, Yébenes MJG, Aguilar Conesa MD, Mercado PL, Puime AO. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. *Aten Primaria.* 2003;32(6):337-42. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79293-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79293-2)