

Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária*Quality of life of elderly people with urinary incontinence**Calidad de vida de los ancianos con incontinencia urinaria*Darlene Mara dos Santos Tavares^I, Alisson Fernandes Bolina^{II}, Flavia Aparecida Dias^{III}, Nilce Maria de Freitas Santos^{IV}**RESUMO**

Inquérito domiciliar, transversal e observacional que objetivou descrever a qualidade de vida dos idosos com incontinência urinária (IU). Participaram 243 idosos que auto-referiram incontinência urinária. Realizou-se análise descritiva e teste *t*-Student ($p < 0,05$). A maioria era do sexo feminino, entre 70 |80 anos, viúvas(os), sem escolaridade e renda mensal individual de um salário mínimo. A qualidade de vida mensurada pelo WHOQOL-BREF e módulo WHOQOL-OLD evidenciou maior escore em ambos os sexos, no domínio relações sociais e faceta morte e morrer, e menor no domínio físico e facetas participação social no sexo feminino e autonomia no masculino. Verificou-se maior escore nos homens em todos os domínios e facetas avaliadas, embora sem diferença significativa. Os serviços de saúde devem desenvolver ações que visem reduzir o impacto dessa morbidade na qualidade de vida das idosas.

Descritores: Qualidade de Vida; Idoso; Incontinência Urinária; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Household survey, transversal and observational study aimed to describe the quality of life of older people with urinary incontinence. Participated 243 elderly who urinary incontinence self-reported. Was conducted a descriptive analysis and *t*-Student test ($p < 0.05$). Most were female, 70 |80 years old, widow, and no schooling and individual monthly income of a minimum wage. Quality of life measured by WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD module showed higher scores, both sexes, the social relationships domain and death and dying facet and less on the physical domain and social participation in female and autonomy facets in the male. The higher score in men in all domains e facets evaluated, although no significant difference. Health services should develop actions aimed at reducing the impact of this disease on quality of life of elderly.

Descriptors: Quality of Life; Aged; Urinary Incontinence; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Investigación domiciliar, transversal y observacional, cuyo objetivo fue describir la calidad de vida de los ancianos con incontinencia urinaria (IU). Participaron 243 ancianos con incontinencia urinaria auto referida. Se realizó análisis descriptiva y prueba *t*-Student ($p < 0,05$). La mayoría eran mujeres, 70 |80 años, viudas, sin escolaridad y ingresos individuales mensual de un salario mínimo. La Calidad de vida medida por el WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD mostró puntuación mayor, ambos sexos, en lo dominio de las relaciones sociales y la faceta norte e morir y menor en lo dominio físico e faceta de la participación sociales in las mujeres e autonomía en los hombres. Encontradas puntuaciones mayores en hombres en todos los dominios y facetas evaluados, sin diferencias significativas. Los servicios de salud deben desarrollar acciones dirigidas a reducir el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de las ancianas.

Descriptores: Calidad de Vida; Anciano; Incontinencia Urinaria; Enfermería Geriátrica.

^I Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professor Associado, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, MG, Brasil. E-mail: darlenetavares@netsite.com.br.

^{II} Discente do curso de graduação em Enfermagem, UFTM. Uberaba, MG, Brasil. E-mail: alissonbolina@yahoo.com.br.

^{III} Enfermeira, Mestre em Atenção à Saúde. Uberaba, MG, Brasil. E-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br.

^{IV} Fisioterapeuta. Discente do Programa de Pós-Graduação Atenção à Saúde, nível Mestrado. Uberaba, MG, Brasil. E-mail: nilcemfsantos@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) representa um problema de saúde que afeta milhões de indivíduos em qualquer faixa etária. Contudo, manifesta-se com maior frequência conforme ocorre o aumento da idade, principalmente, entre as mulheres na fase de perimenopausa⁽¹⁾.

Estima-se que entre os idosos a prevalência de IU seja de 10 a 15% entre os homens e de 20 a 35% entre as mulheres⁽¹⁾. Pesquisa multicêntrica realizada com idosos no município de São Paulo verificou prevalência de IU em 11,8% no sexo masculino e 26,2% para o sexo feminino⁽²⁾.

Outro estudo verificou que a IU foi um dos sintomas mais comuns que acometeu os idosos nos últimos anos de vida e aproximadamente 80% não recebeu tratamento⁽³⁾. Sendo assim, é fundamental que o problema seja questionado durante o atendimento em saúde de toda pessoa idosa⁽¹⁾.

A IU é definida como a perda involuntária de urina, pela uretra, capaz de provocar desconforto social e higiênico que pode ser demonstrada objetivamente; apresenta causas médicas, físicas, psicológicas e sociais que podem resultar no seu desenvolvimento⁽⁴⁾.

A perda da continência urinária não pode ser erroneamente associada às alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, embora possa trazer algumas mudanças funcionais e estruturais no sistema urinário que predispõem a IU. Nos homens o aumento da próstata é o principal fator responsável pelas alterações do fluxo urinário. Entre as mulheres a principal alteração é a redução da pressão máxima de fechamento uretral, uma consequência da diminuição da vascularização e atrofia dos tecidos que revestem e envolvem a uretra, a bexiga e a vagina⁽¹⁾.

Dentre outros fatores que predispõem a população idosa de ambos os sexos à IU, destacam-se as alterações da mobilidade, da destreza manual, da motivação, a tendência a excretar maiores volumes após se deitar e algumas alterações da função vesical e da uretra, como a redução da contratilidade e da capacidade vesical, declínio da habilidade para retardar a micção, aumento do volume residual e aparecimento de contrações vesicais não inibidas pelo músculo detrusor⁽¹⁾.

A IU é responsável por problemas sociais, causado pelo isolamento social; domésticos, devido às limitações das atividades da vida diária; ocupacionais, interferência no desempenho profissional, e; sexuais, devido às restrições na atividade sexual^(1,5). Além disso, representa

um fator que pode interferir na saúde física e mental do indivíduo, causando diminuição da sua autoconfiança e afetando a sua qualidade de vida^(1,5-6).

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como: "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"⁽⁷⁾. Os aspectos essenciais para a compreensão do termo incluem a multidimensionalidade, subjetividade e bipolaridade, ou seja, elementos positivos e negativos.

A maioria das publicações científicas sobre qualidade de vida e incontinência urinária se remete a população do sexo feminino⁽⁸⁻⁹⁾. Investigação realizada com idosos institucionalizados, de ambos os sexos, verificou que o sexo feminino é mais afetado em todas as subdivisões da escala de avaliação da qualidade de vida, porém este estudo, não utilizou instrumento específico para esta população⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, evidencia-se uma lacuna no que diz respeito à investigação da qualidade de vida entre idosos com IU, em ambos os sexos, utilizando-se de instrumentos específicos para esta faixa etária.

Com isso, surgem algumas questões: como está a qualidade de vida dos idosos com IU? Quais aspectos apresentam maior impacto da qualidade de vida deste idoso? Existe alguma diferença entre os sexos nos escores de qualidade de vida?

Diante disso, este estudo visa ampliar o conhecimento desta temática fornecendo subsídios para atenção direcionada ao idoso com IU, de modo a contribuir para melhoria da sua qualidade de vida.

Neste contexto os objetivos desta pesquisa foram descrever as características sociodemográficas e econômicas dos idosos com IU, descrever os escores de qualidade de vida e comparar os escores de qualidade de vida entre os sexos.

MÉTODO

O presente estudo faz parte de um estudo maior, de base populacional, tipo inquérito domiciliar e transversal, que avaliou a qualidade de vida de 2.142 idosos residentes na zona urbana do município de Uberaba-MG. Para a definição da população desse estudo maior, foi utilizada a amostra populacional, por meio de cálculo de amostragem estratificada proporcional, que considerou 95% de confiança, 80% de poder do teste, margem de erro de 4,0% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de $\pi=0,5$ para as proporções de

interesse. A coleta de dados foi realizada no domicílio no período de agosto a dezembro de 2008.

Os critérios de inclusão do presente estudo foram: ter 60 anos ou mais de idade; ter obtido pontuação mínima de 13 pontos na avaliação cognitiva; morar na zona urbana no município de Uberaba-MG e autorreferir incontinência urinária. Atenderam aos critérios estabelecidos, 243 idosos.

A avaliação cognitiva foi baseada no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), versão reduzida validada pelos pesquisadores do Projeto SABE⁽¹¹⁾. Nesta versão estabeleceu-se ponto de corte de 12/13, obtendo-se uma sensibilidade de 93,8 e especificidade de 93,9. A deterioração cognitiva foi indicada por uma pontuação igual ou inferior a 12. As questões da avaliação cognitiva estavam subdivididas em orientação temporal e espacial, registro, atenção e cálculo, memória recente, realização de comando e cópia de desenho. A cada acerto considerava-se um ponto, tendo pontuação máxima de 19 pontos⁽¹¹⁾.

As variáveis estudadas foram: sexo (feminino, masculino), faixa etária (60-70, 70-80, 80 anos e mais), estado conjugal (casado ou mora com companheiro; separado/desquitado/divorciado, viúvo e solteiro), escolaridade, em anos de estudo (sem escolaridade; 1-4; 4-8; 8; 9-11 e 11 ou mais), renda individual, em salários mínimos (sem renda; <1; 1; 1-3; 3-5; >5); e qualidade de vida através dos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente do instrumento WHOQOL-BREF⁽¹²⁾; e das facetas do módulo WHOQOL-OLD⁽¹³⁾: funcionamento sensorio, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. O WHOQOL-BREF é composto por quatro domínios e duas questões genéricas de qualidade de vida totalizando 26 questões⁽¹²⁾. Já o WHOQOL-OLD, instrumento específico para idosos, consta de 24 questões distribuídas em seis facetas⁽¹³⁾.

Foi construída uma planilha eletrônica no programa Excel®, e os dados coletados foram digitados, em dupla entrada e submetidos à verificação da consistência entre os campos. Os dados foram analisados no programa estatístico "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS), versão 17.0.

Foi realizada análise descritiva através de frequências absolutas e percentuais e testes *t*-Student ($p < 0,05$). Os instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD foram consolidados com suas respectivas sintaxes.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do

Triângulo Mineiro, protocolo Nº 897/2008. Os idosos foram contatados em seus domicílios, aos quais foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo conduziu-se a entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e econômicas dos idosos com IU.

Tabela 1: Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e econômicas de idosos com incontinência urinária. Uberaba, MG, 2010.

Variáveis		n	%
Sexo	Feminino	169	69,5
	Masculino	74	30,5
Faixa etária (em anos)	60 70	82	33,7
	70 80	102	42,0
	80 e mais	59	24,3
Estado conjugal	Solteiro	11	4,5
	Viúvo	108	44,5
	Separado/Desquitado/Divorciado	26	10,7
	Casado ou mora com companheiro	98	40,3
Escolaridade (em anos de estudo)	Sem escolaridade	74	30,5
	1 -4	73	30,0
	4 -8	73	30,0
	8	8	3,3
	9 -11	3	1,2
	11 ou mais	10	4,1
Renda individual* (em salários mínimos)	Sem renda	28	11,5
	< 1	4	1,6
	1	142	58,4
	1 -3	59	24,3
	3 -5	7	2,9
	> 5	2	0,8

* R\$ 415,00

Neste estudo a maioria dos idosos era do sexo feminino (69,5%), Tabela 1. Este dado corrobora com outras investigações, na qual a maior prevalência de IU esteve entre as idosas (68,9%)⁽²⁾, (64,3%)⁽¹⁴⁾. A prevalência de IU no sexo feminino pode estar relacionada às diferenças entre o comprimento uretral; a anatomia do assoalho pélvico; o efeito da gestação e do nascimento sobre os mecanismos de continência, além das alterações hormonais⁽²⁾. Dessa forma, o enfermeiro durante a assistência à saúde da mulher, pode desenvolver ações que visam o diagnóstico precoce, assim como, estimular essas idosas a procura de tratamento, como por exemplo, através de atividades educativas que abordem os fatores de risco relacionados à presença de IU.

O maior percentual de idosos com IU estava na faixa etária 70 | 80 anos (42%), Tabela 1. Destaca-se que, na presente investigação, os maiores percentuais (75,7%) de IU foram entre os idosos com idades mais jovens (60 | 80), Tabela 1. Diante destes resultados, o enfermeiro deve criar estratégias para que eles sejam capazes de enfrentar o problema ao longo da vida. Podem ser oferecidas orientações como não ingerir grande quantidade de líquidos quando não houver disponibilidade de banheiro acessível; evitar alguns alimentos como cafeína e bebidas alcoólicas; interromper o uso do tabaco; cuidar da constipação intestinal; adaptação e mudanças no ambiente domiciliar; terapias

comportamentais através de exercícios da musculatura pélvica, treinamento de hábito e a micção programada; e dentre outras, são medidas que podem facilitar o controle da IU nos idosos mais jovens⁽¹⁾.

Referente ao estado conjugal predominaram os viúvos (44,4%), seguido por casados ou que moravam com companheiro (40,3%), Tabela 1. Percentual superior foi obtido em outra investigação na qual a maioria dos idosos era casada (54,4%)⁽¹⁴⁾. A presença de companheiro pode favorecer o apoio familiar no cuidado do idoso⁽¹⁵⁾. Os idosos viúvos podem contar com o apoio de outros membros familiares para o cuidado. Nesta perspectiva, o enfermeiro deve identificar se o idoso necessita e possui apoio para o seu cuidado, viabilizando estratégias de atenção qualificada de acordo com as especificidades.

Concernente à escolaridade, os maiores percentuais foram para idosos sem escolaridade (30,5%), seguido por 1 | -4 (30%) e 4 | -8 anos de estudo (30%), Tabela 1. Inquérito verificou que a maioria dos idosos com IU apresenta menos de três anos de estudo⁽²⁾. É provável que a baixa escolaridade dos idosos influencie na demora em procurar o tratamento para a doença, uma vez que pode haver o entendimento de que a IU é uma consequência natural do processo de envelhecimento⁽¹⁾. Assim, é mister que os profissionais de saúde promovam a discussão em grupo ou individual sobre o processo de

envelhecimento humano, destacando os fatores relacionados a senilidade e a senescência.

Em relação à renda individual mensal a maioria referiu um salário mínimo (58,4%), Tabela 1. Assim como a escolaridade, a renda também pode estar interferindo na busca de tratamento, pois se sabe que o menor poder aquisitivo pode interferir no processo de adoecer devido à dificuldade no acesso ao serviço de saúde e déficit no autocuidado; além disso, pode se tornar um dificultador na adesão ao tratamento⁽¹⁶⁾. Nesse sentido, as Unidades de Atenção Primária, em especial as Equipes de Saúde da Família, devem planejar as ações de saúde pautadas no diagnóstico situacional de sua área de abrangência. O reconhecimento do referido diagnóstico permite ampliar o acesso dos idosos, atendendo ao princípio de equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como oferecer atenção àqueles que mais necessitam. Ademais, as ações educativas contribuem para desmitificar a relação direta da IU com o processo de envelhecimento, postergando as complicações advindas desta doença.

A autoavaliação da qualidade de vida dos idosos, em ambos os sexos, foi considerada boa, contudo, os percentuais foram maiores entre os homens (55,4%) em relação às mulheres (43,2). Estudos vêm demonstrando influência negativa da IU na qualidade de vida no sexo feminino⁽⁸⁻⁹⁾.

A maioria dos idosos auto-referiu que estava satisfeito com a saúde. Os percentuais foram superiores para os idosos do sexo masculino (46,7%) do que para o feminino (35,5%). Resultado diferente do obtido em pesquisa, na qual 50% das mulheres consideraram seu estado de saúde regular e 25% ruim ou muito ruim⁽⁹⁾.

Estes dados denotam a necessidade dos enfermeiros enviares esforços para a atenção à saúde da idosa, de forma a contribuir com o manejo adequado da IU visando à melhoria da sua saúde, bem como da qualidade de vida.

A Tabela 2 apresenta a qualidade de vida dos idosos com IU, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, segundo o sexo.

Tabela 2: Distribuição dos escores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, de idosos com IU, segundo os sexos. Uberaba, MG, 2010.

Escores de qualidade de vida	Sexo		t	p
	Feminino	Masculino		
WHOQOL-BREF				
Físico	48,17	49,40	0,495	0,621
Psicológico	57,43	62,72	3,104	0,002
Relações sociais	64,05	67,12	1,560	0,120
Meio ambiente	53,98	59,37	2,808	0,006
WHOQOL-OLD				
Funcionamento dos sentidos	65,51	67,74	0,691	0,490
Autonomia	54,64	54,71	0,031	0,975
Atividades passadas, presentes e futuras	58,17	60,64	1,169	0,243
Participação social	53,94	58,36	1,711	0,088
Morte e morrer	70,17	75,25	1,327	0,186
Intimidade	61,61	66,72	1,725	0,086

Referente à qualidade de vida mensurada pelo WHOQOL-BREF, evidenciou-se maior escore no domínio relações sociais, em ambos os sexos, Tabela 2. Este domínio avalia atividade sexual, suporte social e relações pessoais⁽¹²⁾. Apesar da IU interferir na atividade sexual, seja pela perda de urina e dor durante a relação, ausência de prazer ou pela possível interrupção da relação para urinar⁽⁵⁾, o presente estudo verificou que este domínio é o menos afetado pela doença. Considerando que 40,3% dos idosos do presente estudo são casados ou moram com o companheiro, é relevante que eles se constituam em apoio ao idoso diante deste problema. Nesse sentido, a enfermagem pode contribuir

inserindo o companheiro e também familiares no cuidado ao idoso visando fortalecer o apoio social para enfrentamento da doença.

O menor escore esteve relacionado ao domínio físico, tanto para o sexo masculino como para o feminino, Tabela 2. Dentre os aspectos avaliados no domínio físico destacam-se o sono e repouso, a energia e fadiga, a dor e desconforto⁽¹²⁾. O impacto negativo da IU na qualidade de vida do idoso pode estar relacionado à sensação de desconforto e interferência no padrão do sono/repouso, devido à sua interrupção para ir ao banheiro^(1,10). Nesse contexto, os idosos e seus familiares podem ser orientados pelos enfermeiros sobre estratégias que

minimizem as dificuldades relacionadas a esse problema como: evitar grande ingestão de líquido próximo ao horário de se deitar, utilização de roupas fáceis de serem retiradas e adaptação ambiental para facilitar o acesso ao banheiro ou o uso de coletores próximo da cama. Ademais, a qualidade de vida pode ser melhorada pela aquisição de novos hábitos de vida.

A comparação entre os sexos verificou que os idosos do sexo masculino (62,72) apresentaram escores significativamente maiores em relação às mulheres (57,43) no domínio psicológico ($p=0,002$), Tabela 2. Este dado pode estar relacionado ao sentimento de baixa autoestima, insatisfação e descontentamento das mulheres com o corpo perante esta doença urológica. Sabe-se que a mulher pode sentir que sua imagem corporal está alterada em decorrência da IU⁽⁵⁻⁶⁾. Faz-se necessário o trabalho com a equipe multidisciplinar visando estimular a adesão das idosas com IU a um programa de atividade física, incluindo exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico. Tais exercícios minimizam os sintomas da IU, favorece a melhoria da percepção da imagem corporal bem como da qualidade de vida⁽⁶⁾. Além disto, a prática desta atividade possibilita a integração e troca de experiência com outras pessoas que possuem problemas semelhantes. Esta interação contribui para o empoderamento do idoso frente os desafios de conviver com a IU.

No domínio meio ambiente ($p=0,006$) os homens (59,37) apresentaram escores, significativamente, maiores quando comparado às mulheres idosas (53,98), Tabela 2. Este domínio avalia a segurança física, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de recreação, dentre outros fatores⁽¹²⁾. Os menores escores das idosas podem estar associados ao problema econômico acarretado pela IU, devido aos gastos com absorventes e impedir ou dificultar o trabalho remunerado fora de casa⁽⁵⁾. Destaca-se também o fato, diante do contexto cultural, que a maioria das idosas passou a maior parte de suas vidas inseridas em atividade domésticas sem remuneração. Partindo do pressuposto que a maioria dos idosos do presente estudo apresentou baixa renda, o enfermeiro deve criar estratégias que garantam o acesso ao serviço de saúde, como por exemplo, através de visitas domiciliares, na qual o profissional pode oferecer ao idoso e a família oportunidade de adquirir informação sobre os cuidados com a IU. Assim como, proporcionar uma assistência de enfermagem de acordo com a realidade na qual o idoso e seus familiares estão inseridos.

A qualidade de vida mensurada pelo WHOQOL-OLD demonstrou, em ambos os sexos, maior escore na faceta morte e morrer, Tabela 2. Estes resultados denotam que os idosos estão enfrentando de forma favorável as preocupações, inquietações e temores frente o final da vida. A morte é uma percepção subjetiva e relacionada a uma experiência individual, referindo-se à satisfação obtida no decorrer de sua existência⁽¹⁷⁾.

Em relação ao menor escore verificou-se que no sexo feminino foi para a faceta participação social (53,94), Tabela 2. Pesquisas realizadas com mulheres observaram restrição social causada pela IU, devido ao medo ou vergonha de perder urina em público, de ficarem molhadas e com odor de urina, além do receio de não encontrar facilidade em utilizar o banheiro^(5,8). É importante estimular a participação social das idosas com IU, já que é determinante para garantia de uma melhor qualidade de vida e a promoção do envelhecimento ativo e saudável⁽¹⁸⁾. Tal fato demonstra a necessidade do enfermeiro promover a inter-relação, o convívio social e também reforçar a importância do vínculo familiar, como por exemplo, através de atividades grupais, onde elas possam ter a oportunidade de relatar suas vivências e dificuldades em lidar com o problema.

Entre os idosos do sexo masculino o menor escore foi obtido na faceta autonomia (54,71), Tabela 2. A literatura inclui a IU como um dos critérios para avaliar a fragilidade em idosos⁽¹⁹⁾. Sendo assim, é possível que a perda da autonomia possa estar associada, entre outros fatores, com a relação de IU com a fragilidade. Nesse sentido, por acreditar que o idoso incontinente é mais frágil e não tem capacidade de tomar decisões, algum membro familiar pode minimizar o seu direito de autonomia. Posto isso, faz-se necessário que os serviços de saúde implantem ações educativas direcionadas aos idosos e familiares a respeito dos tipos de tratamento da IU, com a finalidade de estimular a sua busca precoce e assim diminuir as suas complicações. Deste modo, pode-se contribuir para a minimização do impacto da doença no cotidiano do idoso.

Observou-se que os idosos do sexo masculino apresentaram maiores escores em todas as facetas de qualidade de vida comparada ao sexo feminino embora as diferenças não tenham sido significativas, Tabela 2. Estudo realizado na Turquia, utilizando o instrumento *King's Health Questionnaire*, para avaliação da qualidade de vida, verificou efeito mais negativo nas idosas incontinentes comparado aos idosos em todos os domínios avaliados⁽¹⁰⁾.

Destaca-se que na faceta autonomia, apesar do menor escore ser obtido pelas idosas, os escores foram semelhantes em ambos os sexos. Tal dado denota que independente do sexo, os idosos apresentam um prejuízo na capacidade de tomar decisões. A visão que se tem acerca do idoso pode influenciar neste aspecto. Deste modo, acredita-se que estes fatores podem contribuir para a percepção negativa do envelhecimento, evidenciando a necessidade dos profissionais de saúde programar ações juntos aos idosos e seus familiares objetivando refletir sobre a manutenção da capacidade de tomar decisões ainda que na presença de doenças.

Na faceta funcionamento dos sentidos o menor escore obtido pelo sexo feminino evidencia o impacto da capacidade sensorial na vida cotidiana. Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro deve avaliar a interferência dessa perda sensorial na capacidade dessas idosas em desenvolverem o autocuidado e adquirir novos conhecimentos, como também, identificar se as causas estão relacionadas à outra morbidade ou constitui em uma alteração fisiológica decorrente do processo de envelhecimento. Dessa forma, ele poderá desenvolver um plano assistencial de acordo com as especificidades apresentadas.

No que concerne às atividades passadas, presentes e futuras, o presente estudo verificou que as mulheres encontram-se menos satisfeitas com as conquistas na vida. Nesse sentido, o enfermeiro na atenção primária deve identificar as aspirações dessas idosas e com isso pode desenvolver ações intersetoriais, buscando conquistar um espaço, como por exemplo, onde elas possam desenvolver atividades que lhes tragam satisfação pessoal.

Referente à intimidade o presente estudo observou menor escore no sexo feminino, porém sem significância, sugerindo que as idosas apresentam menor capacidade para desenvolver relacionamentos pessoais e íntimos. Este fato é evidenciado na literatura científica que refere que as mulheres apresentam menor propensão a relacionamentos íntimos e atividade sexual ativa durante o envelhecimento⁽²⁰⁾. Tal dado denota a necessidade de fortalecer vínculo com o cônjuge, pois assim o casal pode procurar formas para lidar com os problemas decorrentes da IU, minimizando os prejuízos envolvendo a intimidade

de ambos. Nesse sentido, os serviços de saúde podem desenvolver ações que busquem a participação do companheiro possibilitando discussões acerca desta temática.

CONCLUSÃO

A maioria era do sexo feminino, faixa etária de 70 |80 anos; viúvos seguido de casados ou moram com companheiro; sem escolaridade, com 1|-4 e 4|-8 anos de estudo, e; renda mensal individual de um salário mínimo.

A qualidade de vida dos idosos com IU mensurada pelo WHOQOL-BREF evidenciou maior escore, em ambos os sexos, no domínio relações sociais e menor no físico.

A comparação entre os sexos verificou que as mulheres apresentaram menores escores comparados aos homens em todos os domínios e facetas de qualidade de vida; porém, nos domínios psicológico ($p=0,002$) e meio ambiente ($p=0,006$) estas diferenças foram estatisticamente significativas.

No módulo WHOQOL-OLD os maiores escores, em ambos os sexos, se encontraram na faceta morte e morrer, enquanto os menores nas facetas participação social entre as mulheres e na faceta autonomia para os homens. Diante disso, os serviços de saúde devem conhecer o perfil sociodemográfico e econômico dos idosos com IU para nortear a criação de estratégias que visam abordar os seus fatores risco, com a finalidade de desmitificar a sua relação com o processo de envelhecimento. Essas estratégias podem expandir a procura de tratamento para detecção precoce dessa doença, minimizando a sua interferência na qualidade de vida dos idosos.

É salutar que, a equipe de saúde esteja atenta a essa morbidade, principalmente nas idosas, procurando desenvolver ações que visem reduzir o impacto da IU na sua qualidade de vida. Tais ações devem garantir o acesso ao serviço de saúde, assim como, inseri-las na comunidade garantindo a sua participação social. Destaca-se ainda, a necessidade de criar estratégias voltadas aos idosos de ambos os sexos, visando fortalecer as relações familiares, no sentido de assegurar o seu direito a autonomia.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2006.

2. 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

- Saude Publica [Internet]. 2009 [cited 2011 dez 29];25(8):1756-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/11.pdf>.
3. Solano JPC, Scazufca M, Menezes PR. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais. Rev. bras. epidemiol. [Internet] 2011 [cited 2011 dez 29];14(1):75-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n1/07.pdf>.
 4. Committee on Standardization of Terminology, International Continence Society. The standardization of terminology of lower urinary tract function. In: Ostergard DR, Bent AE. Urogynecology and urodynamic: theory and practice. Baltimore; 1991. p. 545-62.
 5. Lopes MHBM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência à vida da mulher. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 [cited 2011 dez 29];40(1):34-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a04v40n1.pdf>.
 6. Caetano AS, Cunha MCG, Tavares F, Lopes MHBM, Poloni RL. Influência da atividade física na qualidade de vida e auto-imagem de mulheres incontinentes. Rev Bras Med Esporte [Internet]. 2009 [cited 2011 dez 29];15(2):93-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n2/v15n2a02.pdf>.
 7. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9.
 8. Margareta N, Ann L, Othon L. The impact of female urinary incontinence and urgency on quality of life and partner relationship. NeuroUrol Urodyn. 2009 [cited 2011 dez 29];28(8):976-81..
 9. Borges JBR, Neri L, Sigris RMS, Martins LO, Guarisi T, Marchesini AC. Assessing quality of life of women with urinary incontinence using the Kings Health questionnaire. Einstein [Internet]. 2009 [cited 2011 dez 29];7(3 Pt 1):308-13. Available from: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1356-Einstein%20v7n3p308-13.pdf>.
 10. Aslan E, Beji NK, Erkan HA, Yalcin O, Gungor F. Urinary incontinence (UI) and quality of life (QOL) of the elderly residing in residential homes in Turkey. Arch Gerontol Geriatr. 2009;49:304-10.
 11. Lebrão ML, Duarte YAO. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2003.
 12. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saude Publica [Internet]. 2000 [cited 2011 dez 29];34(2):178-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>.
 13. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. Rev Saude Publica [Internet]. 2006 [cited 2011 dez 29];40(5):785-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/07.pdf>.
 14. Ko Y, Lin SJ, Salmon JW, Bron MS. The impact of urinary incontinence in quality of life of the elderly. Am J Manag Care. 2005;11 (4 Suppl):S103-11.
 15. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Siqueira DS et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Rev Saude Publica [Internet]. 2007 [cited 2011 dez 29];41(5):749-56. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n5/6188.pdf>.
 16. Tavares DMS, Guidetti GECB, Saúde MIBM. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008 [cited 2011 dez 29];10(2):299-309. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a02.htm>.
 17. Borges AD, Silva EF, Toniollo PB, Mazer SM, Valle ERM, Santos MA. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. Psicol Estud [Internet]. 2006 [cited 2011 dez 29];11(2):361-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a14.pdf>.
 18. Secretaria de Estado de Saúde - Minas Gerais. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: Secretaria de Atenção à Saúde de Minas Gerais; 2006. 186p.
 19. Teixeira INDO. Percepções dos profissionais de saúde sobre os critérios para indicar fragilidade no idoso. Arq. ciências saúde UNIPAR [Internet]. 2008 [cited 2011 dez 29];12(2):127-32. Available from: <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/2387/1937>.
 20. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muirheartaigh CA, Waite LJ.. A study of sexuality and health among older adults in the United States. N Engl J Med [Internet]. 2007 [cited 2011 dez 29];357(8):762-74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2426743/>.

Artigo recebido em 29.11.2010.

Aprovado para publicação em 08.11.2011.

Artigo publicado em 31.12.2011.