



Incontinência urinária em idosas: desvelando aspectos dessa síndrome geriátrica

*Me. Tuanne Agne
Dra. Fátima Ferretti (editora chefe)*

FisiSenectus . Unochapecó
Ano 6, n. 1 - Jan/Jun. 2018
p. 1-3

A incontinência urinária (IU) é reconhecida como uma das grandes síndromes geriátricas¹ por afetar a independência do indivíduo idoso e comprometer sua condição de saúde e qualidade de vida². O conceito de incontinência urinária proposto conjuntamente pela Associação Internacional de Uroginecologia (IUGA) e pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) define a IU como qualquer “perda involuntária de urina”¹⁻³. A IU tem elevada prevalência entre mulheres, como demonstra a revisão sistemática realizada por Justina⁴, que identificou a prevalência de IU em mulheres no Brasil, encontrando variações de 15,3% a 62,5%, as quais aumentam proporcionalmente na fase adulta e na velhice.

A elevada ocorrência de IU em mulheres idosas está evidenciada no estudo de Marques, Schneider, Giehl, Antes, d’Orsi⁵, realizado em Florianópolis/SC, que determinou a prevalência de IU em 1.089 idosas, evidenciando nesta população 36,3% de ocorrência. Outro estudo de Virtuoso, Menezes, Mazo⁶, que analisou os fatores de risco para IU em 152 idosas, concluiu que o histórico familiar, a hipertensão arterial, o uso de diurético e o maior número de parto vaginais predispõe a idosa a um maior risco de desenvolver incontinência. Ainda, pesquisa de Langoni, Knorst, Lovatel, Leite, Resende⁷, realizada com 270 idosas residentes no município de Porto Alegre/RS, que buscou identificar a prevalência do relato de perda urinária em idosas, encontrou uma prevalência de 57,40% de IU nessa população.

A incontinência urinária, muitas vezes, é compreendida pela população de forma equivocada, ou seja, como parte do processo natural do envelhecimento e dos problemas que as mulheres precisam aceitar ao se aproximarem da velhice ou como uma consequência irremediável da gravidez e do parto⁸⁻¹⁰. Essa confusão conceitual faz com que muitas idosas se mantenham em silêncio diante do quadro de IU, por entenderem que devem suportar essa situação como parte do processo de envelhecer como mulher.

¹ Expressão utilizada para designar a perda das funções de autonomia, independência, cognição, humor, mobilidade e comunicação que resultam no desenvolvimento de síndromes geriátricas. As síndromes estão classificadas em “5 is” da geriatria: instabilidade postural, incontinência urinária, insuficiência cerebral, iatrogenia e isolamento social (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

² A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998) define a 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.

Os impactos físicos (lesões na epiderme), sociais (isolamento social) e psicológicos (baixa autoestima, depressão, vergonha, entre outros) ocasionados pela incontinência urinária na vida das mulheres vão depender do tipo de incontinência, frequência e quantidade das perdas, além dos fatores culturais e sua percepção de saúde. Esses são proporcionais à gravidade dos sintomas e dependem dos episódios de perda, funções profissionais e desempenho sexual. Isso significa que duas pessoas com níveis semelhantes de gravidade de sintoma da incontinência podem ser afetadas de maneiras diferentes¹¹⁻¹².

Dellú¹³ enfatiza que a perda involuntária de urina produz impacto negativo sobre a vida emocional e social das mulheres. As idosas sentem receio de eliminar urina em público e vivenciam os sentimentos de preocupação e vergonha, em função do cheiro desagradável de urina, do desconforto com roupas úmidas e do uso contínuo de protetores íntimos, o que afeta, em demasia, sua autoestima^{10,14}.

Viver como idosa incontinente leva a mulher a modificar comportamentos para superar as dificuldades e adaptar-se a essa situação¹⁵⁻¹⁶. Essas estratégias são desenvolvidas para superar a situação estressora, nesse caso, a incontinência urinária, principalmente, com atitudes para driblar a perda urinária. Entre os diversos mecanismos de enfrentamento utilizados pelas idosas, encontram-se: o uso frequente de perfumes marcantes; o uso de roupas escuras; a diminuição da ingestão hídrica; a suspensão de fármacos que estimulem a eliminação urinária; o uso de absorventes ou protetores para controle da perda urinária; a procura imediata pelo banheiro em locais públicos, além de evitarem o convívio social^{10,13}. Assim, forma-se um ciclo de ansiedade e sofrimento relacionado à possível perda urinária, ao sentimento de vergonha que leva a alterações psicológicas e ao variado grau de isolamento social, bem como comprometimento da rotina de vida¹⁷.

Entre os fatores que influenciam a condição de saúde da mulher idosa com IU, destaca-se a restrição do convívio em função da insegurança gerada pela perda do controle miccional, que produz sofrimento, muitas vezes, silencioso, não revelado ao profissional de saúde pela vergonha de expor

aspectos íntimos de sua vida. Para desenvolver práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e assistência continuada, há a necessidade de se conhecer as vivências e os impactos da IU na vida das mulheres¹⁸⁻¹⁹, visto que os significados atribuídos a essas comorbidades são subjetivos e individuais, pois cada mulher idosa convive com IU de uma maneira única.

Para prestar uma atenção em saúde que atenda as demandas dessas idosas, é preciso priorizar as abordagens multiprofissionais humanizadas, que primam por um bom acolhimento, fundamentais para mapear e realizar o diagnóstico da IU, bem como para orientar e propor o melhor tratamento. Já a assistência continuada, articulada às Redes de Apoio, se apresenta como uma estratégia inovadora que atua articulando ações entre familiares e grupos sociais para minimizar o sofrimento dessas mulheres idosas. Para melhorar esse quadro há que se fortalecer as ações voltadas à assistência integral e humanizada a essas mulheres e dar maior visibilidade a essa síndrome²⁰.

Referências



1. Morais EN, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2010; 20(1): 54-66.
2. Rebouças M, Matos MR, Ramos LR, Cecilio LCO. O que há de novo em ser velho. *Saúde e Sociedade*, 2013; 22(4): 1226-1235.
3. Haylen B. T. de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 2010; 21 (5): 5-26.
4. Justina LBD. Prevalência de incontinência urinária feminina no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Inspirar – Movimento & Saúde*, 2013 jun./jul.; 5(2): 1-7.
5. Marques LP, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, d'Orsi E. Fatores demográficos, condições de saúde e hábitos de vida,

associados à incontinência urinária em idosos de Florianópolis, Santa Catarina. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2015; 18 (3): 595-606.

6. Virtuoso JF, Mazo, GZ, Menezes EC. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. *Fisioterapia em Movimento*, 2012 jul./set.; 25(3): 571-582.

7. Langoni CS, Knorst MR, Lovatel GA, Leite VO, Resende TL. Urinary incontinence in elderly women from Porto Alegre: its prevalence and relation to pelvic floor muscle function. *Fisioterapia e Pesquisa*, 2014; 21(1): 74-80.

8. Seleme M. Incontinência urinária: um problema social de saúde pública. Rio de Janeiro. [Tese de doutorado em Serviço Social] - Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

9. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 2009; 43(5): 796-805.

10. Pires LL. Climatério e Incontinência Urinária/ Abordagem psicológica. In: Baracho E (Org.). *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 222-228.

11. Dias RC. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. In: Baracho E. (Org.). *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

12. Melo BES, Freitas BCR, Oliveira VRC, Menezes RL. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*, 2012; 15 (1): 41-50.

13. Dellú MC. Incontinência urinária no climatério: prevalência, fatores associados e impacto na qualidade de vida. São Paulo. [Tese de doutorado em Ciências] -Universidade de São Paulo; 2015.

14. Paranhos RFB, Paiva MS, Carvalho ESS. Vivência sexual e afetiva de mulheres com incontinência urinária secundária ao HTLV. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2016; 29(1): 47-52.

15. Borba AMC, Lelis MAS, Brêtas ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2008; 17(3): 527-535.

16. Delarmelindo RCA, Parada CMGL, Rodrigues RAP, Bochi SCM. Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 2013; 47(2): 296-303.

17. Pedro AF, Ribeiro J, Soler ZASG, Bugdan AP. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2011; 7(2): 63-70.

18. Horta ALM, Ferreira DC, Zhao LM. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2010 jul./ago.; 63(4): 523-528.

19. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 2011; 20 (4): 867-874.

20. Honório MO, Santos SMA. A rede de apoio ao paciente incontinente: a busca por suporte e tratamentos. *Rev Enferm UERJ*, 2010; 18(3): 383-88.