

Incontinência Urinária e Funcionalidade: um estudo exploratório numa população idosa

*Urinary Incontinence and Functioning:
an exploratory study in elderly population*

Autores:

Ana Paula Fontes¹, Maria Amália Botelho², Ana Alexandre Fernandes³

Instituições:

¹Fisioterapeuta e doutoranda de Saúde Pública na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa;

²Professora Auxiliar de Fisiologia e Vice-Directora da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa;

³Professora Associada da Agregação do Departamento de Saúde Pública na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Correspondência:

Ana Paula de Almeida Fontes
Urb. Alto do Quintão, Ed. Europa, Lote 1, 6ºD, 8500-833 Portimão
anapaulafontes@gmail.com

Data de Submissão: 24 de Janeiro de 2011 | Data de Aceitação: 18 de Maio de 2011

Resumo

Objectivos: Caracterizar a prevalência da incontinência urinária (IU) dos idosos internados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na região do Algarve e a sua associação com alguns factores sócio-demográficos e a funcionalidade.

Material e Métodos: Trata-se um estudo observacional do tipo analítico e transversal. O instrumento de avaliação foi o Método de Avaliação Biopsicossocial. A análise inferencial foi realizada por meio dos testes de *Mann-Whitney*, *Qui-Quadrado* e coeficiente de Correlação de *Spearman*, considerando-se um nível de significância de 0,05.

Resultados: A amostra foi constituída por 102 idosos, cuja média de idade foi de 78,8 anos, com um desvio-padrão de 7,6 anos, sendo 59,8% pertencentes ao sexo feminino. A prevalência da IU foi recolhida relativamente a três momentos diferentes, tendo os seus resultados variado entre 41,2% e 55,9%, sendo mais prevalente nas mulheres. Os idosos incontinentes apresentaram um Índice de Massa Corporal (IMC) mais elevado, pior percepção do estado de saúde, maior propensão para cair e níveis de actividade física mais reduzidos, quando comparados com os idosos continentais. A IU associou-se aos diferentes domínios da funcionalidade, nomeadamente Locomoção, Autonomia Física e Cognição, constituindo excepção a Autonomia Instrumental.

Conclusões: A amostra do estudo apresenta uma prevalência elevada de IU. Observou-se alguns factores que parecem predizer a presença desta disfunção, bem como uma associação importante,

entre a IU e os diferentes domínios da funcionalidade por nós estudados.

Palavras-chave: Incontinência urinária, funcionalidade, idosos.

Abstract

Aims: *The purpose of this study is to characterize the prevalence of urinary incontinence (UI) of elderly patients hospitalized in the National Network of Integrated Continuous Care (RNCCI) in the Algarve region and its association with socio-demographic factors and functioning.*

Material and Methods: *This is an observational study. The evaluation instrument was the Biopsychosocial Assessment Method. Inferential analysis was performed using the Mann-Whitney, Chi-Square and Spearman correlation coefficient, considering a significance level of 0.05.*

Results: *The sample was made up of 102 elderly patients, whose mean age was 78.8 years, and 59.8% being female. The prevalence of UI was collected at three times, and the results have varied between 41.2% and 55.9%. Women were more incontinent than men, but both showed a higher Body Mass Index (BMI), poorer perception of health status, greater propensity for falls, and poorer physical activity, when compared to the elderly continents. The UI is associated with different areas of functioning, including locomotion, physical autonomy and cognition, the exceptions being instrumental autonomy.*

Conclusions: *The studied sample showed a high prevalence of UI. We found some factors that seem to predict the presence of UI. The results suggest an important association between UI and the different areas of functioning.*

Keywords: *Urinary incontinence, functioning, elderly.*

Introdução

A Incontinência Urinária (IU) é uma das “epidemias” do século XXI agravada pelo contínuo aumento da esperança média de vida¹, afectando 19% da população feminina e 10% da população masculina acima de 60 anos².

A sua prevalência aumenta exponencialmente, com o envelhecimento e a dependência funcional³, devendo ser avaliada e valorizada pelo impacto multidimensional que provoca nos indivíduos, bem como pelos elevados custos económicos e aumento da institucionalização a que está associada⁴.

São vários os estudos que apontam uma correlação significativa entre a IU e a funcionalidade, que se traduz no declínio das actividades da vida diária⁵, nas alterações cognitivas⁶, emocionais⁷ ou nas relações sociais⁸, que se reflecte globalmente na diminuição da qualidade de vida⁹.

Nesse sentido, importa que a avaliação, a opção das estratégias de intervenção e os resultados sejam analisados numa perspectiva biopsicossocial da funcionalidade, conforme preconizada pela OMS e operacionalizada pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)¹⁰.

Este trabalho tem como objectivo geral, determinar a prevalência de IU e que factores lhe estão associados, em idosos internados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na região do Algarve. Como objectivos mais específicos, pretende-se fazer a caracterização da amostra, quanto aos aspectos sócio-demográficos, de saúde e de funcionalidade física e mental e ainda analisar a associação entre IU e características sócio-demográficas, de saúde e de funcionalidade física e mental.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo observacional do tipo analítico e transversal, de cuja amostra fazem parte os utentes com idade igual ou superior a 65 anos, com um internamento anterior numa unidade hospitalar e internados nas Unidades de Convalescença e de Média Duração e Reabilitação da RNCCI da região do Algarve. Os dados foram recolhidos em dois momentos; nas primeiras 48 horas de entrada na Rede e nas 24

horas anteriores ao momento da alta. Na primeira avaliação, recolheram-se dados relativamente à condição pré-morbilidade e condição actual. Relativamente à condição pré-morbilidade, recolhemos informação sobre a Locomoção, Autonomia Física e Instrumental e ainda sobre percepção do estado de saúde física e mental; relativamente à condição actual, recolhemos informação sobre a condição de saúde e os diferentes domínios da funcionalidade, contemplados no instrumento de recolha de dados. No 2º momento da avaliação, recolheram-se novamente os dados relativos à funcionalidade, à percepção do estado de saúde física e mental e também à interacção com a família durante o internamento. O estudo foi previamente autorizado pela comissão de ética da ARS Algarve e obtido o consentimento informado de todos os participantes, tendo os dados sido recolhidos entre Abril e Outubro de 2010.

Os instrumentos de recolha de dados foram um questionário de caracterização sócio-demográfica, com uma estrutura idêntica à *Checklist*¹¹ da CIF e o Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB), desenvolvido por Botelho¹².

A CIF pertence à “família” das classificações internacionais para aplicação em vários aspectos da saúde, proporcionando um sistema para a codificação de uma variada gama de informações, utilizando uma linguagem padronizada que permite a comunicação sobre saúde e cuidados de saúde, entre várias disciplinas¹³.

Contém uma lista de 1454 categorias, que formam as unidades da classificação e que estão organizadas numa estrutura hierárquica, como por exemplo:

b6 – Funções Geniturinárias e Reprodutivas (1º nível/capítulo)

b620 – Funções Mictionais (2º nível)

b6202 – Continência Urinária (3º nível)

Cada categoria necessita de um “qualificador” que “qualifica” a extensão do problema, traduzindo a deficiência, a limitação da actividade, a restrição da participação ou a magnitude barreira dos factores ambientais, que estão inseridos no termo Incapacidade, revelando assim os aspectos negativos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus factores contextuais (ambientais e pessoais). Deste modo, a incapacidade na conceptualização da CIF, não é considerada um atributo pessoal, mas o resultado de uma experiência que engloba todos aqueles factores¹⁴.

Por outro lado, o termo Funcionalidade engloba todas as funções e estruturas do corpo, actividades e participação, indicando os aspectos positivos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus factores contextuais, onde todos os seus componentes interagem de uma forma dinâmica e interactiva, conforme representado no esquema conceptual da classificação (figura 1).

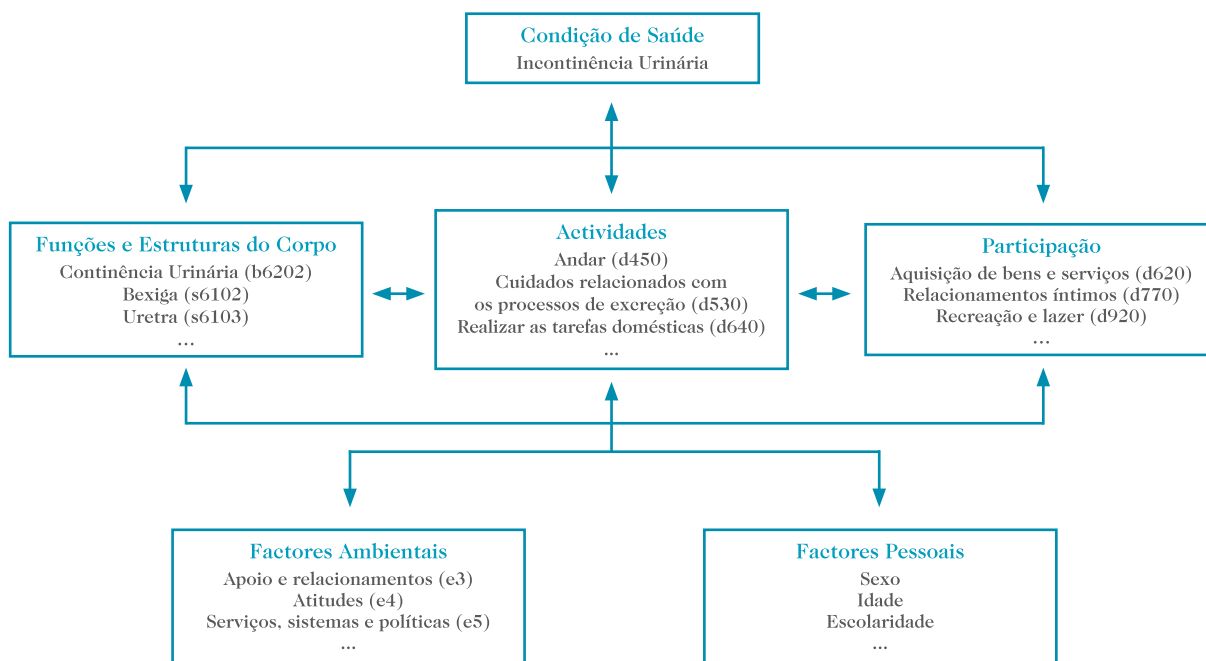


Figura 1) Esquema conceptual da CIF, adaptado à IU

Os domínios da saúde e os domínios relacionados com a saúde, são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: i) Funções e Estruturas do Corpo e ii) Actividades e Participação, relacionando cada um destes domínios com os Factores Contextuais, Ambientais (ambiente físico, social e atitudinal) ou Pessoais¹⁵.

O MAB é um “método estruturado, uniformizado, de avaliação tipo rastreio e classificação biopsicossocial de adultos”¹². Permite caracterizar estados biopsicossociais e funcionais, bem como descrever e detectar perturbações da funcionalidade. Tal como o nome indica, contém 3 áreas de avaliação, com 12 domínios que aglutinam 19 variáveis, perfazendo na totalidade 56 questões. A pontuação é efectuada numa escala que pode ter até 4 graduações, consoante as características das variáveis, que no seu conjunto permitem atribuir um score aos diferentes domínios, originando por sua vez o perfil funcional do indivíduo. A variável “Continência Urinária” ou “Controlo dos Esfíncteres”, pertence ao domínio “Autonomia Física”.

Analisámos a associação da variável IU com a “Locomoção”, “Autonomia Física”, a “Autonomia Instrumental” e o “Estado Cognitivo” e ainda com alguns factores sócio demográficos. Para facilitar o tratamento de dados, dividimos a amostra em dois subgrupos “Indivíduos Continentes” e “Indivíduos Incontinentes” e a variável IU, apesar de no instrumento ser pontuada em 4 níveis, dicotomizámo-la em “Incontinente” (pontuações 0 – incontinência total, incapaz de urinar; 1 – incontinência com dependência para a colocação de urinol/arrastadeira; 2 – incontinência urinária esporádica, mas

autónomo para urinar em dispositivos, usa meios de apoio para incontinência urinária, como por ex. pensos) e “Continente” (pontuação 3 – sem incontinência).

A análise dos dados foi feita através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18. Para verificar se duas amostras independentes eram ou não iguais em tendência central, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney*. Para verificar a independência entre duas variáveis utilizou-se o teste do Qui-Quadrado, enquanto para avaliar o nível de associação entre elas se utilizou o Coeficiente de correlação de *Spearman*. A análise estatística teve em conta um nível de significância de 0,05.

Resultados

A amostra constituída por conveniência, incluiu 102 idosos, cuja média de idade foi de 78,8 anos, com um desvio-padrão de 7,6 anos e cujos limites inferior e superior foram respectivamente 65 e 98 anos. 43% dos idosos tinham entre 75 e 84 anos e 59,8% pertenciam ao sexo feminino. Os dados foram recolhidos em dois momentos: nas primeiras 48 horas de entrada na Rede e nas últimas 24 horas antes do momento da alta. Na primeira avaliação, recolhemos informação relativamente a duas condições: à condição anterior ao episódio agudo/internamento hospitalar e à condição no momento da entrada na Rede. Na segunda avaliação, recolhemos informação relativamente à condição no momento da alta, caracterizando-a relativamente ao sexo, cujos resultados se apresentam na tabela I. A percentagem dos idosos incontinentes versus continentis, em

	Prevalência Anterior			Prevalência à Entrada na Rede			Prevalência na Alta		
	♀	♂	Total	♀	♂	Total	♀	♂	Total
Incontinentes	n=29 (69%)	n=13 (31%)	n=42 (41,2%)	n=38 (66,7%)	n=19 (33,3%)	n=57 (55,9%)	n=30 (65,2%)	n=16 (34,8%)	n=46 (45,1%)
Continentes	n=32 (53,3%)	n=28 (31%)	n=60 (58,8%)	n=23 (51,1%)	n=22 (48,9%)	n=45 (44,1%)	n=31 (55,4%)	n=25 (44,6%)	n=56 (54,9%)

Tabela I) Prevalência da Incontinência Urinária da Amostra nos diferentes momentos

qualquer dos três momentos, não se apresentou significativamente diferente, para um intervalo de confiança de 95%. A prevalência feminina na incontinência urinária foi sempre mais elevada em todos os momentos ($p=0,001$).

A associação entre a IU anterior ao episódio agudo e a IU anterior à entrada na Rede apresentou uma correlação moderada ($p<0,001$; $r_s = 0,743$). Entre a IU anterior ao episódio agudo e a IU no momento da alta verificou-se também uma correlação moderada ($p < 0,001$; $r_s = 0,763$). A associação entre a IU à entrada na Rede e no momento da alta revelou-se forte ($p < 0,001$; $r_s = 0,805$).

Relativamente à caracterização sócio-demográfica, foram considerados os factores apresentados na tabela II. Encontrámos diferenças ($p<0,05$) entre

os dois subgrupos, quanto ao IMC ($p=0,037$), à percepção do estado de saúde mental no momento da alta ($p=0,032$), ao número de quedas ($p=0,008$), ao status económico ($p=0,032$), à necessidade de auxílio nas actividades de vida diária ($p<0,001$), ao estado civil ($p=0,037$), à escolaridade ($p=0,001$) e à actividade física ($p<0,001$).

No grupo dos incontinentes, encontrámos associação entre os factores sócio-demográficos e a existência de IU, relativamente ao sexo ($p=0,001$), ao IMC ($p=0,036$), ao número de quedas ($p=0,007$), bem como ao facto de ser fumador ($p<0,001$) e à actividade física ($p = 0,007$). Tendo em conta que avaliamos a percepção do estado de saúde física e mental, em dois momentos diferentes, anterior ao episódio agudo e na altura da alta, estabelecemos associação entre esses diferentes momentos

Variável		Incontinentes (n=42)	Continentes (n=60)	Amostra Total (n=102)
		Média/dp n(%)	Média/dp n(%)	Total n(%)
Idade		81,4 ($\pm 6,6$)	77 ($\pm 7,8$)	78,8 ($\pm 7,6$)
Sexo	Feminino	29 (69%)	32 (53,3%)	61 (59,8%)
	Masculino	13 (31%)	28 (46,7%)	41 (40,2%)
Condição de Saúde	# Fémur	16 (38,1%)	30 (50%)	46 (45,1%)
	AVG	15 (35,7%)	14 (23,3%)	29 (28,4%)
	Outras	11 (26,2%)	16 (26,7%)	27 (26,5%)
IMG	<18,4	0	0	0
	de 18,5 a 25	13 (22,8%)	19 (42,2%)	32 (31,4%)
	$\geq 25,1$	44 (22,8%)	26 (57,8%)	70 (68,6%)
Percepção Estado Saúde Física Anterior	Má/Instável	12 (28,6%)	30 (50%)	42 (41,2%)
	Favorável/ Boa	24 (57,1%)	28 (46,7%)	52 (51%)
	NS/NR	6 (14,3%)	2 (3,3%)	8 (7,8%)
Percepção Estado Saúde Mental Anterior	Má/Instável	8 (19%)	9 (15%)	17 (16,7%)
	Favorável/ Boa	28 (66,7%)	49 (81,7%)	77 (75,5%)
	NS/NR	6 (14,3%)	2 (3,3%)	8 (7,8%)

Tabela II) Caracterização Sócio Demográfica da Amostra dicotomizada em Idosos Incontinentes/ Idosos Continentes

Variável		Incontinentes (n=42) Média/dp n(%)	Continentes (n=60) Média/dp n(%)	Amostra Total (n=102) n(%)
Percepção Estado Saúde Física Alta	Má/Instável	7 (16,7%)	16 (26,7%)	23 (22,6%)
	Favorável/ Boa	29 (69%)	42 (70%)	71 (69,6%)
	NS/NR	6 (14,3%)	2 (3,3%)	8 (7,8%)
Percepção Estado Saúde Mental Alta	Má/Instável	8 (19%)	7 (11,7%)	15 (14,7%)
	Favorável/ Boa	28 (66,7%)	51 (85%)	79 (77,5%)
	NS/NR	6 (14,3%)	2 (3,3%)	8 (7,8%)
Quedas Anteriores	Sem Quedas	26 (61,9%)	21 (35%)	47 (46,1%)
	Com Quedas	16 (38,1%)	39 (65%)	55 (53,9%)
Status Económico	Sem Rendimentos	6 (14,3%)	2 (3,3%)	8 (7,8%)
	« 250€	24 (57,1%)	37 (61,7%)	61 (59,8%)
	» 250€ e « 500€	5 (11,9%)	11 (18,3%)	16 (15,7%)
	»500€	3 (7,1%)	10 (16,7%)	13 (12,7%)
	NS/NR ¹	4 (9,5%)	0	4 (3,9%)
Fumador	Sim	36 (85,7%)	45 (75%)	81 (79,4%)
	Não	6 (14,3%)	15 (25%)	21 (20,6%)
Consumo de Álcool	Má/Instável	14 (33,3%)	26 (43,3%)	40 (39,2%)
	Favorável/ Boa	27 (64,3%)	34 (56,7%)	61 (59,8%)
	NS/NR ¹	1 (2,4%)	0	1 (1%)
Dispositivos de Auxílio	Ortóse Visual	9 (21,4%)	6 (10%)	15 (14,7%)
	Auxiliar Marcha	14 (33,3%)	15 (25%)	29 (28,4%)
	Ortóse Visual + Auxiliar Marcha	1 (2,4%)	0	1 (1%)
	Cadeira Rodas	0	1 (1,7%)	1 (1%)
	Sem Dispositivos	18 (42,9%)	38 (63,3%)	56 (54,9%)
Auxílio nas Actividades	Básicas	8 (19%)	6 (10%)	14 (13,7%)
	Instrumentais	9 (21,4%)	11 (18,3%)	20 (19,6%)
	Ambas	17 (40,5%)	6 (10%)	23 (22,5%)
	Sem necessidade	8 (19%)	37 (61,7%)	45 (44,1%)
Estado Civil	Viúvo/Separado/ Solteiro	31 (73,8%)	32 (53,3%)	63 (61,8%)
	Casado/União Facto	11 (26,2%)	28 (46,7%)	39 (38,2%)
Auxílio nas Actividades	0 Anos/Analfabeto	27 (64,3%)	19 (31,7%)	46 (45,1%)
	1-6 Anos	11 (26,2%)	22 (36,7%)	33 (32,4%)
	7-12 Anos	2 (4,8%)	12 (20%)	14 (13,7%)
	» 13 Anos	2 (4,8%)	7 (11,7%)	9 (8,8%)
Actividade Física Semanal	0 Horas	22 (52,4%)	6 (10%)	28 (27,5%)
	« 2 Horas	2 (4,8%)	3 (5%)	5 (4,9%)
	2 a 4 Horas	11 (26,2%)	19 (31,7%)	30 (29,4%)
	» 4 Horas	7 (16,6%)	32 (53,3%)	39 (38,2%)

Tabela II) Caracterização Sócio Demográfica da Amostra dicotomizada em Idosos Incontinentes/ Idosos Continentes (continuação)

1NS/NR – Não sabe/ Não responde

e a existência de IU. Encontrámos diferenças entre a IU anterior ao episódio agudo e a percepção do estado de saúde mental ($p=0,001$) e entre a IU na altura da alta e a percepção do estado de saúde física ($p=0,022$) e mental ($p=0,005$).

Analisámos as diferenças entre os dois subgrupos relativamente aos quatro domínios da funcionalidade – Locomoção, Autonomia Física, Autonomia Instrumental e Estado Cognitivo – encontrando-se diferenças entre os subgrupos em todos os momentos, com excepção para a Autonomia Instrumental no momento de entrada na Rede.

A associação entre a IU a Locomoção, Autonomia Física e Instrumental e o estado cognitivo estão apresentados na tabela III. Observámos que a IU se associou em todos os momentos às diferentes variáveis da funcionalidade, excepto no que diz respeito à Autonomia Instrumental no momento de entrada na Rede.

subamostras homogéneas. Ambos os subgrupos apresentaram uma média de idade elevada e a variável sexo foi distribuída de forma equitativa entre ambos. Encontrámos, no entanto, diferenças entre o subgrupo dos idosos incontinentes *versus* continententes, relativamente a alguns factores sócio demográficos e que estão de acordo com aqueles habitualmente associados na literatura. A IU foi mais prevalente nos idosos com um IMC superior^{16,21,22}; com valores mais fracos relativamente à percepção do estado de saúde mental^{16,23}, e maior isolamento relativamente ao estado civil²⁴. Este grupo mostrou ter sofrido mais quedas, sendo este factor controverso na literatura, mas algumas vezes referido com esta disfunção^{18,25}, bem como maior necessidade de auxílio para o desempenho das actividades básicas e instrumentais^{16,17}, e menores índices de actividade física¹⁶, que reflectem por si só, menores *outcomes* da

	Incontinência Anterior	Incontinência Entrada	Incontinência Alta
Locomoção	$c^2= 0,000$; $p= 0,000$;	$c^2= 0,005$; $p= 0,004$;	$c^2= 0,000$; $p= 0,000$;
Autonomia Física	$c^2= 0,000$; $p= 0,000^1$;	$c^2= 0,000$; $p= 0,000$;	$c^2= 0,000$; $p= 0,000$;
Autonomia Instrumental	$c^2= 0,002$; $p= 0,001$;	$c^2= 0,108$; $p= n.s.^2$	$c^2= 0,001$; $p= 0,001$;
Estado Cognitivo	Não avaliado	$c^2= 0,000$; $p= 0,000$;	$c^2= 0,000$; $p= 0,000$;

Tabela III) Correlação entre a Incontinência Urinária e a Funcionalidade

¹Nível de significância de 99%

²n.s. – não significativo

Discussão

Prevalência

A prevalência da IU apresenta resultados muito diferentes na literatura, reflexo das diferentes abordagens metodológicas e das variáveis de associação em estudo¹⁶. No entanto, podemos afirmar que a nossa amostra apresentou uma prevalência elevada nos diferentes momentos, quando comparada e contextualizada com outros trabalhos¹⁶⁻²⁰. A prevalência feminina foi sempre mais elevada em todos os momentos, comportamento que se verifica de forma transversal em todos os estudos¹⁶⁻¹⁹.

Caracterização da amostra

Apesar da idade e do sexo serem frequentemente referidos como predisponentes para a IU, este facto não aconteceu no nosso estudo, apresentando-se as

funcionalidade, como analisaremos posteriormente.

Da mesma forma que outros autores, encontrámos diferenças nos subgrupos relativamente ao *status* económico e à escolaridade²⁶, apresentando-se os idosos incontinentes com níveis mais baixos.

Factores de Associação

Alguns dos factores que se apresentaram diferentes entre as subamostras, apresentaram concomitantemente associação com a IU, foi o caso do IMC, da percepção do estado de saúde mental, das quedas e da actividade física. Observou-se associação também entre a IU e o sexo feminino, facto encontrado nos três momentos da avaliação e descrito de forma transversal na literatura. A percepção do estado de saúde física só esteve associada à IU, no momento da alta, aspecto que merece um duplo sentido. Por um lado, esta disfunção terá uma interferência mais

significativa na esfera da saúde física que mental; por outro lado, é na altura do retorno ao domicílio que o seu impacto toma maior dimensão na vida do idoso. Os indivíduos fumadores revelaram associação com a IU, sendo este aspecto difícil de explicar, a não ser pela co-morbilidade a que está habitualmente associado e que de forma indirecta poderá contribuir para a incontinência^{16,27}.

Funcionalidade e Incontinência

Foram detectadas diferenças entre as amostras relativamente aos quatro domínios da funcionalidade e durante os três momentos da avaliação, apresentando-se o grupo dos idosos incontinentes com scores mais baixos, com excepção para a Autonomia Instrumental à entrada na Rede. Este facto pode relacionar-se com a dificuldade encontrada em ambos os grupos para este tipo de actividades, que exigem uma maior complexidade nas tarefas e que antes de iniciado o processo de reabilitação, revelou ser de difícil concretização para todos os idosos. A IU associou-se às quatro dimensões da funcionalidade por nós avaliadas, em todos os momentos, excepto na Autonomia Instrumental à entrada na Rede. Parece-nos que a restrição encontrada nesta dimensão, estará associada e é da responsabilidade de outras alterações ou disfunções. *Outcomes* funcionais baixos tanta nas actividades básicas²⁸, onde se pode incluir a locomoção²⁸⁻³⁰, quanto instrumentais³¹, são muitas vezes descritos na literatura, como precipitantes da IU, da mesma forma que esta precipita pior capacidade e desempenho funcional. Este aspecto tem a mesma manifestação com as alterações ou o declínio cognitivo, quer em idosos da comunidade^{16,32,33}, quer em idosos institucionalizados^{6,20}.

Tal como em estudos anteriores, não podemos fazer afirmações sobre a linearidade e a causalidade da IU; é a IU quem determina níveis de funcionalidade mais baixos, ou serão estes quem predispõem para a IU? No entanto e de forma independente, podemos afirmar que esta disfunção deve ser sinalizada precocemente, pois é um indicador importante do declínio funcional e da fragilidade nos idosos³⁴.

Conclusões

Os idosos internados na RNCCI da região do Algarve apresentam uma prevalência elevada de IU. Encontrámos no nosso estudo alguns factores que parecem prever a presença desta disfunção, da mesma forma que encontrámos uma associação importante, entre a IU e os diferentes domínios da funcionalidade por nós estudados.

Estes resultados são importantes, pois confirmam que alguns factores de risco devem ser sinalizados durante o internamento da população idosa, e

paralelamente deverão ser implementados programas de reabilitação específicos e abrangentes para os idosos incontinentes, que promovam a diminuição da incapacidade e a melhoria da qualidade de vida.

Encontrámos algumas limitações durante o processo de realização do estudo. Não caracterizámos nem distinguimos o tipo e a periodicidade da IU e não encontrámos estudos com populações idênticas à nossa em termos espaciais, o que nos dificultou a comparação de resultados.

Bibliografia

- ¹ Botelho F, Silva C, Cruz F. Incontinência Urinária Feminina. *Acta Urológica* 2007;24:79-82.
- ² Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: Results of the EPIC study. *Eur Urol* 2006;50:1306-15.
- ³ Du Moulin MF, Hamers JP, Ambergen AW, et al. Prevalence of urinary incontinence among community-dwelling adults receiving home care. *Res Nurs Health* 2008;6:604-12.
- ⁴ Wilson L, Brown JS, Shin GP, et al. Annual direct cost of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2001;98;3:398-406.
- ⁵ Ishizaki E, Yoshida H, Suzuki T. Effects of cognitive function on functional decline among community-dwelling non-disabled older Japanese. *Arch Gerontol Geriatr* 2006;42;1:47-58.
- ⁶ Dubeau CE, Simon SE, Morris JN. The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:1325-33.
- ⁷ Van Gool CH, Kempen GI, Penninx BW, et al. Impact of depression on disablement in late middle age and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Soc Sci Med* 2005;60:25-36.
- ⁸ Miller RR, Zhang Y, Silliman RA, et al. Effect of medical conditions on improvement in self-reported and observed functional performance of elders. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:217-23.
- ⁹ Ko Y, Lin SJ, Salmon JW, et al. The Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life of the Elderly. *Am J Manag Care* 2005;11(4 Suppl):S103-11.
- ¹⁰ Organização Mundial de Saúde, Direcção Geral da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 2004; Lisboa.
- ¹¹ WHO. ICF CHECKLIST Version 2.1a, Clinician Form for International Classification of Functioning, Disability and Health, Disponível em: [http://www.who.int/classifications/icf/training/icfchecklist.pdf].
- ¹² Botelho, MA. Autonomia Funcional em Idosos, Caracterização multidimensional em idosos

- utentes de um centro de saúde urbano. 1ª Edição; Edições Bial; Porto; 2000; 258p.
13. Allet L, Burge E, Monnin D. ICF: Clinical relevance for physiotherapy? A critical review. *Advanc Physiother* 2008;10:127-37.
 14. Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G, et al. Developing research capacity in human functioning and rehabilitation research from comprehensive perspective based on the ICF-model. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008;44:343-51.
 15. Thonnard J-L, Penta M. Functional assessment in physiotherapy. *Eur Medicophyc* 2007;43:525-41.
 16. Smith AL, Wang PC, Anger JT, et al. Correlates of urinary incontinence in community-dwelling older latinos. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:1170-6.
 17. Chang C-H, Gonzalez CM, Lau DT, Sier HC. Urinary Incontinence and Self-Reported Health Among the U.S. Medicare Managed Care Beneficiaries. *J Aging Health* 2008;20:405-19.
 18. Byles J, Millar CJ, Sibbritt DW, Chiarelli P. Living with urinary incontinence: a longitudinal study of older women. *Age Ageing* 2009;38:333-8.
 19. Chen Y-M, Hwang S-J, Chen LK, Chen D-Y, Lan C-F. Urinary Incontinence Among Institutionalized Oldest Old Chinese Men in Taiwan. *Neurourol Urodyn* 2009;28:335-8.
 20. Offermans MP, Du Moulin MF, Hamers JP, et al. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review. *Neurourol Urodyn* 2009;28:288-94.
 21. Rohr G, Stovring H, Christensen K, et al. Characteristics of middle-aged and elderly women with urinary incontinence. *Scand J Prim Health Care* 2005;23:203-8.
 22. Zunzunegui Pastor MV, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lázaro y de Mercado P, Otero Puime A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. *Aten Primaria* 2003;32:337-42.
 23. Cheater F, Castleden CM. Epidemiology and classification of urinary incontinence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14:183-205.
 24. Goode PS, Burgio KL, Richter HE, Markland AD. Incontinence in older women. *JAMA* 2010;303:2172-81.
 25. Chiarelli PA, Mackenzie LA, Osmotherly PG. Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. *Aust J Physiother* 2009;55:89-95.
 26. Fultz NH, Herzog AR, Raghunathan TE, Wallace RB, Diokno AC. Prevalence and severity of urinary incontinence in older African American and Caucasian women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999;54(6):M299-303.
 27. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risks factors. *Obstet Gynecol* 2008;111:324-31.
 28. Ouslander Jg, Morishita L, Blaustein J, Orzeck S, Dunn S, Sayre J. Clinical, functional, and psychosocial characteristics of an incontinent nursing home population. *J Gerontol* 1987;42(6):631-7.
 29. Diokno A, Brock B, Herzog A, et al. Medical correlates of urinary incontinence in the elderly. *Urology* 1990;36:129-38.
 30. Jenkins KR, Fultz NH. Functional Impairment as a Risk Factor for Urinary Incontinence Among Older Americans. *Neurourol Urodyn* 2005;24:51-5.
 31. Nuotio M, Luukkaala T, Tammela TL, Jylhä M. Six-year follow-up and predictors of urgency-associated urinary incontinence and bowel symptoms among the oldest old: a population-based study. *Arch Gerontol Geriatr* 2009;49(2):e85-90.
 32. McGrother C, Jagger C, Clarke M, et al. Handicaps associated with incontinence: Implications for management. *J Epidemiol Community Health* 1990;44:246-8.
 33. Palmer M, Baumgarten M, Langenberg P, et al. Risk factors for hospital acquired incontinence in elderly female hip fracture patients. *J Gerontol* 2002;57:M672-7.
 34. DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T, Palmer MH, Wagg A. Incontinence in the Frail Elderly: Report From the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010;29:165-78.