

Incontinência urinária em pacientes hospitalizados: prevalência e fatores associados¹

Jaqueline Betteloni Junqueira²

Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos³

Objetivos: analisar a prevalência da incontinência urinária e os seus fatores associados em pacientes hospitalizados. **Método:** trata-se de um estudo epidemiológico transversal, no qual os dados foram coletados através dos instrumentos Dados Sociodemográficos e Clínicos, Características das Perdas Urinárias e International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form. A prevalência foi levantada em um único dia por quatro meses consecutivos. Os dados foram analisados utilizando-se os testes qui-quadrado, de Fisher, t-student, Mann-Whitney e regressão logística (forward stepwise). **Resultados:** a amostra final foi composta de 319 adultos hospitalizados (57,1% mulheres), com idade média de 47,9 anos (DP=21,1). A prevalência de incontinência urinária foi 22,9% (28% para mulheres e 16,1% para homens) e os fatores associados a ela foram: sexo feminino (OR=3,89), idade (OR=1,03), asma (OR=3,66), uso de laxantes (OR=3,26), o uso de fralda no momento da avaliação (OR=2,75), o uso de fralda em casa (OR=10,29) e o uso de fralda em algum momento da internação (OR=6,74). **Conclusão:** estes achados diferem daqueles encontrados na escassa literatura existente sobre o tema para pacientes hospitalizados. A necessidade de tais estudos precede a proposição de intervenções preventivas e terapêuticas durante o período de internação.

Descritores: Incontinência Urinária; Epidemiologia; Prevalência; Estudos Transversais; Enfermagem; Hospitalização.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Incontinências Urinária e Fecal e Constipação Intestinal em pacientes hospitalizados: prevalência e fatores associados", apresentada à Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² Especialista, Especialização em Estomaterapia, Mestranda, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, Enfermeira, Clínica Médica, Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ Pós-Doutor, Professor Associado, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Como citar este artigo

Junqueira JB, Santos VLGG. Urinary incontinence in hospital patients: prevalence and associated factors. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2970. [Access

mês	dia	ano

]; Available in:

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2139.2970>.

Introdução

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) define a incontinência urinária (IU) como “queixa de perda involuntária de urina” e a classifica como *incontinência urinária de urgência (IUU)* quando a perda involuntária de urina está associada à urgência, em *incontinência urinária de esforço (IUE)* quando há perda involuntária de urina no esforço ou durante atividade física, e em *incontinência urinária mista (IUM)* se a perda involuntária de urina está associada à urgência e também aos exercícios, esforços, espirros e tosse⁽¹⁾. Trata-se de uma condição que impacta negativamente no relacionamento social e sexual, provoca alterações psicoemocionais e diminuição da qualidade do sono/repouso⁽²⁾ e sua gravidade tem sido descrita como preditor de qualidade de vida⁽³⁾.

Os estudos internacionais apontam prevalência geral de UI que varia de 8,2% a 26,8% (13% a 38,7% para mulheres e 2,9 a 9,9% para homens)⁽⁴⁻⁶⁾ e parciais de 1,15% a 6,5% para IUU (1,15% a 8,2% para mulheres e 1,15% a 4,5% para homens); 3,2% a 14,1% para IUE (5,8% a 21,2% para mulheres e 0,49% a 3,9% para homens) e 1,2% a 5,6% para IUM (1,26% a 9% para mulheres e 0,8% a 1,26% para homens)⁽⁴⁻⁶⁾. Para a população idosa, as prevalências chegam a 29,4% (26,7% a 36,3% para as mulheres e 6,4% a 17% para os homens), também no cenário internacional⁽⁷⁻⁸⁾.

Estudos populacionais brasileiros apontam prevalência de IU que varia de 10,7% a 20,1% na população geral, sendo mais prevalente entre as mulheres (15,6% a 32,9%) do que em homens (3,7% a 6,2%)⁽⁹⁻¹¹⁾. Para os idosos da comunidade, essa prevalência atinge 29,4% (36,3% para as mulheres e 17% para os homens), sendo de até 41,5% em maiores de 75 anos^(7,11).

Prevalências mais elevadas também foram encontradas em estudos com mulheres grávidas, em que as estimativas variaram de 10,4 a 71,11% a depender do trimestre da gestação, sendo mais frequente nas últimas semanas⁽¹²⁾.

Em estudo nacional mais antigo constatou-se prevalência 35% de IU em 77 adultos e idosos hospitalizados no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP)⁽¹³⁾.

Nos estudos levantados, sexo feminino, idade avançada, baixa escolaridade, raça/etnia, Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Acidente Vascular Encefálico (AVE), obesidade, asma, tosse crônica, depressão, polifarmácia, tabagismo, alimentação e ingestão hídrica, disúria, Infecção do Trato Urinário (ITU) de repetição, paridade, menopausa, cistocele e limitação funcional foram os

fatores mais fortemente associados à presença de IU^(7-9,13-14).

Como se pode constatar, os estudos epidemiológicos sobre IU são predominantemente de base populacional ou relacionados a grupos específicos, sendo escassa a literatura em pacientes hospitalizados. A necessidade de tais estudos precede a proposição de cuidados de enfermagem específicos e intervenções preventivas e terapêuticas, o que justifica a importância da presente investigação que objetivou analisar a prevalência-ponto da IU e as variáveis sociodemográficas e clínicas associadas à sua ocorrência em pacientes hospitalizados.

Método

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, transversal, analítico e descritivo.

O estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), após aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) e do próprio hospital (protocolos números CAAE 51278715.0.0000.5392 e CAAE 51278715.0.3001.0076, respectivamente). O HUUSP é um hospital secundário, referência para a região oeste do município de São Paulo. Atende à comunidade USP (alunos, professores e trabalhadores) e à população de sua área de abrangência (regiões de Jaguaré, Vila Sônia, Rio Pequeno e Butantã).

A população do estudo foi constituída de todos os pacientes adultos internados no HU-USP, nas Unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e Alojamento Conjunto durante o período de coleta de dados. A taxa média de ocupação dos leitos, nos dias em que se procedeu à coleta de dados, foi de 86,13%, totalizando 410 pacientes internados.

O cálculo amostral baseou-se na prevalência global de 27% para IU, segundo a sua epidemiologia^(4-7,9-11) e assumiu-se margem de erro (α) de 5% e Intervalo de Confiança (IC) de 95%, estabelecendo-se amostra final de 303 sujeitos.

Para o alcance da amostra calculada, os dados foram coletados quatro vezes (prevalência-ponto), em dia único, sempre no mesmo dia do mês (dia 18), durante um período de 12h (das 7h às 19h), nos meses de março, abril, maio e junho de 2016.

A amostra do estudo foi constituída de pacientes que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, estar consciente e orientado para responder às questões ou estar acompanhado de informante no momento da coleta de dados, consentir participar da pesquisa, não estar em uso de cateter vesical de demora (CVD), não apresentar anúria e não

apresentar derivação urinária (nefrostomia, cistostomia, vesicostomia, ureteroileostomia de Bricker. Sessenta e quatro (15,6%) pacientes foram excluídos do estudo devido idade menor que 18 anos (16), confusão mental sem a presença de informante (15), inconscientes sem a presença de informante (3), recusa (4), presença de CVD (20) e anúria (6). Além disso, outros 27 pacientes (6,5%) não foram abordados (perdas) por motivos diversos: alta hospitalar (11), transferência para o centro cirúrgico ou obstétrico (14), realização de exame ou procedimentos (1) e transferência para outra instituição (1). Ao final, a amostra foi composta de 319 pacientes.

Todos os pacientes incluídos no estudo foram entrevistados para coleta dos dados sociodemográficos e clínicos utilizando-se instrumento específico que visou à *caracterização sociodemográfica da amostra* (sexo, idade, cor da pele, nível de escolaridade, anos de estudo, ocupação, número de filhos, renda familiar, situação conjugal e religião); *ao levantamento das variáveis clínicas de interesse* (diagnóstico de internação, HAS, DM tipo 2, Insuficiência Cardíaca, asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), AVE, lesão raquimedular, Esclerose Múltipla, Alzheimer, Parkinson, demência senil, depressão, insônia, tabagismo, etilismo, obesidade, diarreia, cirurgias ginecológicas/urológicas/anorretal, radioterapia pélvica ou abdominal, limitação funcional, megacólon idiopático, Síndrome do Intestino Irritável-SII/ Doença Inflamatória Intestinal, neoplasia de intestino/reto, hipotireoidismo, doença renal, hepatopatia, doença hemorroidária, abscesso / infecção ao redor do ânus, trauma ou ferimento no reto/ânus, fissura anal, retocele, cistocele, prolapso retal, prolapso uterino, menopausa, gestação, tipo de parto, episiotomia, laceração, disúria, ITU de repetição, utilização prévia de cateter urinário de demora/ cateter vesical de alívio/ cateter retal, medicações em uso (diuréticos, anticolinérgicos, opióides, hipotensores, laxantes, antibióticos, etc), uso de fralda em casa, durante a internação e durante a avaliação e à *identificação da presença de UI*

Considerou-se a presença de IU como a ocorrência atual da perda involuntária de urina. Para aqueles considerados incontinentes foram aplicados dois instrumentos de caracterização das perdas urinárias: *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form - ICIQ-SF* e *Características das Perdas Urinárias*. O primeiro instrumento foi adaptado culturalmente e validado para o Brasil em 2004⁽¹⁵⁾. É composto de seis questões, as duas primeiras referem-se aos dados demográficos (idade e sexo), as três seguintes tratam da frequência e quantidade das perdas e o quanto ela interfere na vida diária. As questões admitem escores parciais que, quando somados, produzem um escore final

de gravidade. A última questão busca caracterizar em que situação ocorre a perda. Nesse instrumento não há ponto de corte para estratificação da gravidade da perda, porém seus escores são diretamente proporcionais à magnitude da incontinência urinária. Quanto ao segundo instrumento, desenvolvido por brasileiros⁽¹³⁾, é composto de 13 questões que se destinam à caracterização das perdas urinárias, incluindo o tempo, as condições, a frequência e a quantidade das perdas urinárias e a utilização e a frequência das trocas de recursos de contenção. Tal instrumento não produz escores parciais ou finais e a compreensão da gravidade da IU depende da interpretação do especialista que o aplica. Embora não tenha sido validado formalmente, sua validação tem ocorrido por meio dos estudos em que já foi empregado⁽⁹⁻¹⁰⁾. A coleta de dados foi complementada por consulta aos prontuários e exame físico. O exame físico consistiu na breve checagem da presença ou não de CVD ou derivação urinária, utilizada para a seleção de pacientes.

Os dados coletados foram codificados e inseridos em planilha do programa MS Office Excel®, versão 2007, para a construção do banco de dados. Posteriormente, foram transportados para o software SPSS, versão 22.0, para o processamento das análises. Neste estudo utilizou-se a prevalência-ponto que é a proporção de indivíduos que apresentam uma condição clínica em determinado ponto do tempo. Dois testes estatísticos foram empregados para o estudo das variáveis independentes categóricas: qui-quadrado e Fisher. Já para a associação das variáveis numéricas utilizaram-se os testes t-student e Mann-Whitney. Além disso, a análise multivariada foi realizada, empregando-se a regressão logística (*forward stepwise*), para identificação das variáveis associadas ao desfecho *IU*. Para todas as análises estatísticas do estudo, considerou-se significância estatística ao nível de 5% ($p < 0,05$). Porém, para a inserção de variáveis independentes no modelo de regressão, o nível de significância foi ampliado para 10% ($p < 0,1$). O Intervalo de Confiança adotado foi de 95%.

Resultados

Conforme a Tabela 1, a amostra foi composta predominantemente por mulheres (182/57,1%), idade média de 47,9 anos (DP=21,1), etnia branca (147/46,1%), com média de 8,4 anos de estudo (DP=4,6), casados (169/53%) e com trabalho assalariado com registro em carteira (86/27%). Conforme a Tabela 2, entre os entrevistados, 116 (36,4%) pacientes referiram HAS, 71 (22,2%) DM, 64 (20%) limitação funcional, 57 (17,9%) ITU de repetição e 57 (17,9%) eram tabagistas. O tempo médio de internação foi de 8,4 dias (DP=13,5).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra (N=319). São Paulo, SP, Brasil, 2016

Variáveis	Média	Mediana	DP*	Mínimo	Máximo
Idade	47,9	49	21,1	18	103
Anos de estudo	8,4	9	4,6	0	24
				N†	%
Sexo					
Feminino				182	57,1
Masculino				137	42,9
Raça					
Branca				147	46,1
Preta				52	16,3
Parda				112	35,1
Amarela				8	2,5
Situação conjugal					
Solteiro				93	29,2
Viúvo				35	11,0
União estável/casado				169	53,0
Separado				22	6,9
Situação empregatória					
Assalariado com registro				86	27
Assalariado sem registro				6	1,9
Autônomo				42	13,2
Trabalho informal				20	6,3
Aposentado				81	25,4
Pensionista				13	4
Desempregado				67	21
Afastado				4	1,2

*Desvio Padrão; †Número absoluto

Tabela 2 - Características clínicas da amostra (N=319). São Paulo, SP, Brasil, 2016

Variáveis	Média	Mediana	DP*	Mínimo	Máximo
Tempo de internação	8,4	13,5	3	1	113
				N†	%
Antecedentes clínicos					
Hipertensão Arterial Sistêmica				116	36,4
Diabetes Mellitus				71	22,2
Asma				20	6,2
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica				23	7,21
Insuficiência Cardíaca				51	16
Infecção do Trato Urinário de repetição				57	17,9
Tabagismo				57	17,9
Etilismo				19	5,9
Limitação funcional				64	20
Medicações em uso					
Uso de diuréticos				51	16
Uso de laxantes				22	6,9

*Desvio Padrão; †Número absoluto

A prevalência global encontrada para IU foi 22,9% (73), sendo 28% (51) para mulheres e 16,1% (22) para homens.

Entre variáveis demográficas, apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem IU: idade ($p < 0,001$), sexo ($p = 0,012$), anos de estudo ($p < 0,001$) e nível de escolaridade ($p < 0,001$).

Dentre as variáveis clínicas houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem IU para: HAS ($p = 0,001$), DM ($p < 0,001$), IC ($p = 0,002$),

Alzheimer ($p = 0,012$), asma ($p = 0,001$), DPOC ($p = 0,003$), tabagismo ($p = 0,030$), limitação funcional ($p = 0,000$), doença hemorroidária ($p = 0,04$), ITU de repetição ($p = 0,006$), cirurgia anorretal ($p = 0,005$), uso de fralda ($p < 0,001$), uso de diuréticos ($p = 0,001$) ou laxantes ($p = 0,002$). Para as mulheres, as variáveis estatisticamente significativas foram: cistocele ($p = 0,000$), menopausa ($p < 0,001$), número de gestações ($p = 0,008$), número de partos (0,005), parto natural (vaginal com e sem fórceps)

($p=0,001$) e parto vaginal (sem fórceps) ($p=0,001$). E, para os homens incontinentes, a impotência sexual mostrou-se significativamente mais frequente ($p<0,001$), comparativamente àqueles sem IU.

De acordo com os dados da Tabela 3, no modelo de regressão logística, as variáveis que permaneceram associadas à presença da IU foram: sexo feminino (OR=3,89; IC95% 1,8-7,9), idade (OR=1,03; IC95% 1,01-1,05), asma (OR=3,66; IC95% 1,3-10,2), estar em uso de laxantes (OR=3,26; IC95% 1,0-9,8), o uso de fralda no momento da avaliação (OR=2,75; IC95% 1,0-6,9), o uso de fralda em casa (OR=10,29; IC95% 1,8-57,6) e o uso de fralda em algum momento da internação (OR=6,74; IC95% 0,4-91,8). Segundo o modelo de regressão logística, as mulheres têm 3,9 vezes mais chances de apresentar IU; a cada ano de idade, a chance de ter IU aumenta em 3,6%; ter asma aumenta em 3,7 vezes as chances de apresentar IU; estar em uso de laxantes aumenta essas chances em 3,3 vezes. O uso de fraldas aumentou as chances de ocorrência de IU em 2,7 vezes quando o paciente a utilizou no momento da avaliação e em 10,3 vezes quando o fez em casa; e ter usado fraldas em algum momento da internação aumentou essas chances em 6,7 vezes.

Tabela 3 - Variáveis associadas à presença de incontinência urinária (N=319). São Paulo, SP, Brasil, 2016

Variáveis	P valor	Exp.*	IC95%†	
			Lower	Upper
Sexo (feminino)	0,000	3,896	1,899	7,991
Idade	0,000	1,036	1,019	1,054
Asma	0,014	3,660	1,302	10,290
Estar em uso de laxantes	0,035	3,262	1,085	9,811
Uso de fralda no momento	0,031	2,752	1,096	6,908
Uso de fralda em casa	0,008	10,293	1,839	57,606
Uso prévio de fralda na internação	0,152	6,749	0,496	91,834

*Exposição ou razão de chances; †Intervalo de Confiança de 95% para a razão de chances

Quando realizado o modelo de regressão logística para a associação das variáveis à IU nas mulheres, repetiram-se a idade e a asma, adicionando-se o número de partos e DM conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4 - Variáveis associadas à presença de incontinência urinária em mulheres (N=182). São Paulo, SP, Brasil, 2016

Variáveis	P valor	Exp.*	IC 95%†	
			Lower	Upper
Idade	0,000	1,037	1,017	1,056
DM†	0,041	2,596	1,039	6,489
Asma	0,010	4,921	1,460	16,588
Número de Parto	0,008	1,273	1,064	1,522

*Exposição ou razão de chances; †Intervalo de Confiança de 95% para a razão de chances; ‡DM- Diabetes Mellitus

Dentre as pessoas com IU, 24 (32,9%) a apresentavam há mais de seis anos, 15 (20,5%) há menos de um ano e 15 (20,5%) entre um e três anos; oito (11%) referiram o início da incontinência após a internação. Quanto à frequência das perdas urinárias, essas aconteciam uma vez ou menos por semana para 25 (21,9%) pacientes e diversas vezes ao dia para 22 (30,1%) pacientes. As perdas aconteciam em pequena quantidade para 42 (57,5%) pacientes e em grande quantidade para 20 (27,4%) pacientes. As circunstâncias mais frequentes em que os pacientes referiram as perdas urinárias foram ao tossir ou espirrar para 38 (52,1%) pacientes, seguido de dormindo para 27 (37%) pacientes. Entre os incontinentes, para 21 (28,8%) pacientes só "às vezes" era possível chegar ao banheiro a tempo; 53 (72,6%) pacientes referiram acordar durante a noite ao perceberem que estavam com vontade de urinar; 69 (94,5%) pacientes não perdiam urina durante a relação sexual. Ao perguntar sobre o uso de recursos para contenção das perdas, 52,1% (38) referiram usar algum tipo de recurso, sendo que 52,6% (21) deles utilizavam fralda, os demais referiram uso de absorvente. A frequência de trocas dos recursos foi de três vezes ao dia para 22 (59,2%) incontinentes. Quando questionados sobre as mudanças na vida diária devido às perdas urinárias, 33,8% (23) dos pacientes afirmaram que essas mudanças ocorreram, principalmente para sair de casa (18/26,5%), no lazer (8/11,8%) e no sono (8/11,8%). A maioria (56/ 81,2%) acredita que a IU não tem afetado suas relações. Para 24 (35,8%) pacientes, as perdas foram consideradas um problema grave.

Dentre os pacientes com IU prévia a internação, somente 16,7% dos pacientes referiram ter procurado ajuda profissional para manejo do problema.

Discussão

A prevalência de IU encontrada entre os pacientes internados foi 22,9% (28% para mulheres e 16,1% para homens), bem inferior àquela encontrada em estudo realizado no mesmo hospital, com 77 pacientes adultos e idosos, de 35%⁽¹³⁾. Não foram encontrados outros estudos internacionais de prevalência de IU em população hospitalizada, além do estudo espanhol realizado em 2015 com 924 pacientes idosos hospitalizados em Zaragoza, onde foi observada prevalência geral de 80% (84,76% para mulheres e 73,9% para homens). O estudo constatou que a IU estava entre os dez problemas de saúde mais frequentes em ambos os sexos, superiores a de comorbidades com ampla distribuição como a HAS e o DM tipo 2⁽¹⁶⁾. A prevalência encontrada no presente estudo encontra semelhança com aquelas apontadas por estudos nacionais e internacionais realizados com

a população geral em que a de UI que varia de 8,2% a 27% (13% a 38,7% para mulheres e 2,9 a 11% para homens)^(4-7,9-11).

Em estudo de base populacional realizado com 1.705 idosos residentes de Florianópolis, em Santa Catarina, a prevalência encontrada para a IU foi 29,4% (36,3% para mulheres e 17,0% para homens), chegando a 41,5% entre os idosos maiores de 75 anos⁽⁷⁾. Em outro estudo com idosos de sete países da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil, as prevalências auto referidas de IU no município de São Paulo foram 11,8% entre os homens e 26,2% entre as mulheres⁽¹⁰⁾.

No presente estudo, o sexo feminino, a idade avançada, a asma, estar em uso de laxantes, o uso de fralda em casa, em algum momento da internação ou no momento da avaliação associaram-se à ocorrência da IU, segundo modelo de regressão logística. Em estudo realizado com indivíduos hospitalizados no mesmo hospital outros fatores apresentaram correlações estatisticamente significativas com IU em indivíduos hospitalizados, sendo eles: disúria, infecções urinárias, tempo de internação e sexo masculino⁽¹³⁾.

Apesar da crença popular e da grande quantidade de estudos realizados entre os idosos, a IU não é uma alteração inerente ao processo de envelhecimento, mas, de fato, sua incidência aumenta proporcionalmente com a idade, podendo ser considerada uma síndrome geriátrica^(8,7,17-18). A idade avançada traz alterações cognitivas, na coordenação e na mobilidade, bem como a manifestação de doenças associadas, como as neurodegenerativas, fatores que contribuem para o aparecimento da IU.

Diferentemente do fator idade, a relação da IU com o uso de laxantes é algo ainda pouco explorado e não foi encontrado qualquer outro estudo corroborando essa associação, na literatura nacional e internacional. Possivelmente, o uso de laxantes pode ter emergido como fator associado à IU pela presença concomitante de IU e da constipação no mesmo indivíduo. Outra hipótese é que na vigência de diarreia, o indivíduo apresenta maior dificuldade para conter a urina durante a evacuação.

Já a associação da asma com a perda de urina vem sendo frequentemente apontada por outros estudos epidemiológicos^(7,14). Os problemas respiratórios levam a tosse crônica ou espirros frequentes que provocam aumento repetido da pressão intra-abdominal e conseqüente sobrecarga ao assoalho pélvico. Em estudo realizado em 2015, indivíduos que reportaram bronquite ou asma apresentaram probabilidade 38% maior de ter IU quando comparados àqueles que não possuíam a doença⁽⁷⁾.

O aparecimento da fralda entre os fatores associados à IU gera algumas hipóteses sobre a relação entre essas variáveis. A utilização prévia da fralda em casa não deixa dúvidas da existência de colinearidade entre as variáveis. Assim, é natural esperar que quem tem incontinência de longa data, usa fralda e vice-versa.

Entretanto, a presença de fralda durante a avaliação ou em algum momento da internação suscita dúvidas sobre a indução da perda de controle da continência pelo estímulo ao uso da fralda em pacientes previamente continentes. Sabe-se que a utilização de fraldas durante a internação pode facilitar o cuidado do idoso, por evitar os esforços para retirá-lo do leito e encaminhá-lo ao banheiro. Além disso, a fralda costuma ser introduzida durante a internação, principalmente à noite, para evitar-se o risco de quedas em idosos. Em estudo internacional, o uso excessivo de fraldas em pacientes continentes foi a segunda causa de iatrogenia mais frequente durante a hospitalização, ou seja, a indução da IU⁽¹⁹⁾.

As mulheres aparecem frequentemente como a população mais afetada pela IU, sendo o avanço da idade um fator agravante para o surgimento da UI. A presença de IU em homens e mulheres é sistematicamente diferente, predominando sempre no sexo feminino^(4,6-8). Essa correlação pode ser explicada pela deficiência estrogênica e pela paridade, dentre outros fatores⁽²⁰⁻²¹⁾.

O estrógeno desempenha importante papel no mecanismo de suporte da pelve, controlando a síntese e degradação do colágeno⁽²⁰⁾. Além disso, os tecidos do trato urinário inferior são sensíveis ao estrógeno, influenciando no aumento da resistência uretral, na frequência e amplitude das contrações do músculo detrusor e, conseqüentemente, no limiar sensorial da bexiga⁽²¹⁾. Por essas razões, a diminuição desse hormônio após a menopausa é um possível fator etiológico para os distúrbios do assoalho pélvico, incluindo a incontinência urinária⁽¹⁴⁾.

No presente estudo, houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de mulheres com diferentes número de gestações e diferentes tipos de partos com relação à ocorrência de IU. Dentre os resultados, destaca-se o aumento de chances (27,3%) da mulher tornar-se incontinente a cada parto, independentemente do tipo de parto.

As discussões acerca da associação do tipo de parto com a manifestação da IU ainda são contraditórias, apesar da tendência de publicações mais recentes em defesa do parto cesáreo como fator protetor para a UI⁽²²⁻²³⁾. Em estudo realizado com puérperas, a frequência de IUE pós-parto foi significativamente maior no parto vaginal comparativamente à cesariana após um período de um mês ($p < 0,001$), de seis meses ($p < 0,001$) e de 12 meses ($p < 0,001$)⁽²²⁾. Em revisão sistemática⁽²³⁾ que incluiu 16 estudos comparando o risco de IUE e IUU entre o parto vaginal e a cesárea, obteve-se que todos, exceto um estudo, apontavam para o risco maior de IUE e IUU após o parto vaginal versus cesárea. (OR=1,85 [IC 1,56-2,19]).

Para o grupo de homens, nenhuma variável emergiu associada à IU. De acordo com o estudo, anteriormente citado, com indivíduos hospitalizados, correlações estatisticamente significativas foram verificadas entre prevalência de IU no homem e o aumento da idade⁽¹³⁾.

Em outros estudos epidemiológicos, a prostatectomia radical apareceu como importante fator de risco para UI, principalmente no pós-operatório imediato, com prevalências auto referidas que variaram de 20% a 57% um ano após a cirurgia, a depender da técnica cirúrgica utilizada⁽²⁴⁾.

Importante ressaltar que oito pacientes incontinentes (11%) apresentaram o início do problema durante a internação. A internação constitui um momento onde o paciente está sujeito à perda do controle miccional devido à deterioração do estado de saúde, à diminuição da funcionalidade e o frequente rebaixamento do nível de consciência ocasionado pela própria doença ou pela necessidade de sedação. Nos idosos, a manifestação da IU durante a internação não é rara. Nessa idade, as alterações funcionais justificam-se pela baixa reserva funcional apresentada por eles, o que os torna mais vulneráveis às disfunções em situação de estresse orgânico. Dos entrevistados que apresentaram IU, a maioria acorda para ir ao banheiro quando percebe a vontade de urinar, mas somente um terço sempre chega ao banheiro a tempo. Em estudo populacional nacional⁽¹⁰⁾ esses índices foram maiores, 93% acordavam durante a noite para urinar e 56,3% não mantinham a continência até o banheiro. A IUU é frequente em idosos e está associada a um maior risco de queda e consequentes fraturas⁽²⁵⁾. Esse risco é ainda maior no período noturno, quando geralmente o cuidador está dormindo.

Adicionalmente, apenas 16,7% dos pacientes referiram ter procurado ajuda profissional para manejo do problema. Isso pode ser justificado pela crença de que a incontinência é um fenômeno esperado durante o envelhecimento, conferindo certa resiliência por parte das pessoas por ela afetadas quanto ao convívio com o problema, e o desenvolvimento de medidas adaptativas⁽¹⁸⁾.

A prevalência encontrada no presente estudo assim como os fatores a ela associados corroboram os achados da literatura nacional e internacional a respeito da IU na população geral, porém se depara com uma lacuna de conhecimento quanto à ocorrência desse evento em pessoas hospitalizadas. Apesar de sua contribuição para minimizar tal lacuna, reconhece-se que o estudo é limitado a apenas um hospital e apresenta os limites de um desenho transversal. Suscita, assim, novos estudos em que sejam incluídas outras instituições hospitalares bem como com coleta longitudinal dos dados, possibilitando, principalmente, a confirmação das variáveis aqui associadas à ocorrência da IU nessa clientela.

Conclusão

O presente estudo realizado com 319 pacientes hospitalizados permitiu concluir que a prevalência global de IU foi 22,9%, sendo 28% para mulheres e 16,1%

para homens. As variáveis: sexo feminino (OR=3,89; IC95% 1,899-7,991), idade (OR=1,03; IC95% 1,019-1,054), asma (OR=3,66; IC95% 1,302-10,290), estar em uso de laxantes (OR=3,26; IC95% 1,085-9,811), o uso de fralda no momento da avaliação (OR=2,75; IC95% 1,096-6,908), o uso de fralda em casa (OR=10,29; IC95% 1,839-57,606) e o uso de fralda em algum momento da internação (OR=6,74; IC95% 0,496-91,834) mostraram-se associadas à IU.

Referências

- 1 Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Incontinence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):4-20. doi: 10.1002/nau.20798.
- 2 Gomes AGP, Veríssimo JH, Santos KFO, Andrade CG, Costa IC, Fernandes MGM. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres/ The Impacto of urinary incontinence on quality of life of women. *Rev Baiana Enferm*. 2013;27(2):181-92. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v27i2.6922>
- 3 Unsal A, Ayranci U, Tozun M, Arslan G, Calik E. Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. *Ups J Med Sci*. 2010;115(2):138-45. doi: 10.3109/03009730903457218.
- 4 Lee YS, Lee KS, Jung JH, Han DH, Oh SJ, Seo JT, et al. Prevalence of overactive bladder, urinary incontinence, and lower urinary tract symptoms: results of Korean EPIC study. *World J Urol*. 2011;29(2):185-90. doi:10.1007/s00345-009-0490-1.
- 5 Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU Int*. 2011;108(7):1132-8. doi: 10.1111/j.1464-410X.2010.09993.x.
- 6 Zumrutbas AE, Bozkurt AI, Tas E, Acar CI, Alkis O, Coban K. Prevalence of lower urinary tract symptoms, overactive bladder and urinary incontinence in western Turkey: Results of a population-based survey. *Int J Urol*. 2014;21(10):1027-33. doi: 10.1111/iju.12519.
- 7 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/ Demographic, health conditions, and lifestyle factors associated with urinary incontinence in elderly from Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(3):595-606. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500030006>.
- 8 Wu JM, Matthews CA, Vaughan CP, Markland AD. Urinary, fecal, and dual incontinence in older U.S. Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(5):947-53. doi: 10.1111/jgs.13385.

- 9 Santos CRS, Santos VLGC. Prevalence of Urinary Incontinence in a Random Sample of the Urban Population of Pouso Alegre, Minas Gerais, Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(5):903-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000500010>.
- 10 Menezes MAJ, Hashimoto SY, Santos VLGC. Prevalence of urinary incontinence in a community sample from the city of São Paulo. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009;36(4):436-40. doi: 10.1097/WON.0b013e3181aaf446.
- 11 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>.
- 12 Lin KL, Shen CJ, Wu MP, Long CY, Wu CH, Wang CL. Comparison of low urinary tract symptoms during pregnancy between primiparous and multiparous women. *BioMed Res Int*. 2014. doi:10.1155/2014/303697.
- 13 Silva APM, Santos VLGC. Prevalence of Urinary Incontinence in Hospitalized Patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(1):36-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000100005>.
- 14 Townsend MK, Lajous M, Medina-Campos RH, Catzin-Kuhlmann A, Ridaura RL, Rice MS. Risk factors for urinary incontinence among postmenopausal Mexican women. *Int Urogynecol J*. (2016). doi: 10.1007/s00192-016-3196-0.
- 15 Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto Júnior NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):438-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>.
- 16 Clerencia-Sierra M, Calderon-Larranaga A, Martínez-Velilla N, Vergara-Mitxeltoarena I, Aldaz-Herce P, Poblador-Plou B, et al. Multimorbidity patterns in hospitalized older patients: associations among chronic diseases and geriatric syndromes. *PLoS One*. 2015;10(7). doi: 10.1371/journal.pone.0132909.
- 17 Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Factors associated with geriatric syndromes in older homeless adults. *J Health Care Poor Underserved*. 2013;24(2):456-68. doi: 10.1353/hpu.2013.0077.
- 18 Honório MO, Santos SMA. Urinary incontinence and aging: impact on daily basis and on the quality of life. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):51-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100008>.
- 19 Sourdet S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization. *J Am Med Dir Assoc*. 2015 Aug 1;16(8):674-81. Published online 2015 Apr 24. doi: 10.1016/j.jamda.2015.03.011.
- 20 Chung da J, Bai SW. Roles of sex steroid receptors and cell cycle regulation in pathogenesis of pelvic organ prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2006;18(5):551-4. doi: 10.1097/01.gco.0000242959.63362.1e.
- 21 Matsubara S, Okada H, Shirakawa T, Gotoh A, Kuno T, Kamidono S. Estrogen levels influence beta-3-adrenoceptor-mediated relaxation of the female rat detrusor muscle. *Urology*. 2002;59(4):621-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295\(01\)01583-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295(01)01583-7).
- 22 Kokabi R, Yazdanpanh D. Effects of delivery mode and sociodemographic factors on postpartum stress urinary incontinence in primipara women: a prospective cohort study. *J Chin Med Assoc*. 2016;79. doi: 10.1016/j.jcma.2016.06.008.
- 23 Tähtinen RM, Cartwright R, Tsui JF, Aaltonen RL, Aoki Y, Cárdenas JL, et al. Long-term impact of mode of delivery on stress urinary Incontinence and urgency urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol*. 2016;70(1):148-58. doi: 10.1016/j.eururo.2016.01.037.
- 24 Haglind E, Carlsson S, Strannec J, Wallerstedt A, Wilderäng U, Thorsteinsdóttir T, et al. Urinary incontinence and erectile dysfunction after robotic versus open radical prostatectomy: a prospective, controlled, nonrandomised trial. *Eur Urol*. 2015;68(2):226-7. doi: 10.1016/j.eururo.2015.02.029.
- 25 Foley AL, Loharuka S, Barrett JA, Mathews R, Williams K, McGrother CW, et al. Association between the Geriatric Giants of urinary incontinence and falls in older people using data from the Leicestershire MRC Incontinence Study. *Age Ageing*. 2012;41(1):35-40. doi: 10.1093/ageing/afr125.

Recebido: 27.03.2017

Aceito: 22.09.2017

Correspondência:

Jaqueline Betteloni Junqueira
Hospital Universitário da USP Clínica Médica
Av. Prof Lineu Prestes 2565 Cidade Universitária
Bairro: Butantã
CEP: 05508-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: jaque.betteloni@hotmail.com

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.