

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR
ESTOMATERAPIA**

LEILA DA CUNHA MENESES

**PREVALÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PESSOAS IDOSAS NO
BRASIL**

Belo Horizonte
2013

LEILA DA CUNHA MENESES

**PREVALÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PESSOAS IDOSAS NO
BRASIL**

Monografia apresentada à ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar, área de concentração Estomaterapia, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Estomaterapia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Fabíola Carvalho A. Lima Baroni

Belo Horizonte
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Meneses, Leila da Cunha

Prevalência da incontinência urinária em pessoas idosas no Brasil [manuscrito] / Leila da Cunha Meneses. - 2013.

41 f.

Orientadora: Fabíola Carvalho A. Lima Baroni.

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Incontinência Urinária. 2.Idosos. 3.Enfermagem.
I.Baroni, Fabíola Carvalho A. Lima. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.



LEILA DA CUNHA MENESES

TÍTULO DO TRABALHO "*Prevalência da incontinência urinária em idosos no Brasil*"

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Estomaterapia. (Área de concentração).

APROVADO: 12 de julho de 2013.

Prof^ª. **FABÍOLA CARVALHO DE ALMEIDA LIMA BARONI**

(Orientadora)

Prof^ª. **DACLÉ VILMA CARVALHO**

(UFMG)

Prof^ª. **FLÁVIA SAMPAIO LATINI VELASQUEZ**

(UFMG)

RESUMO

MENESES, L. C. **Prevalência da incontinência urinária em idosos no Brasil**. 2013. 41p. Monografia (Especialista em Estomatoterapia) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

A incontinência urinária (IU) tem sido apontada por estudiosos como um problema de saúde pública, devido à grandeza de sua ocorrência e consequências, mas, poucos profissionais de saúde investigam esse problema e são escassos os estudos sobre o tema, especialmente realizados por enfermeiros. Embora o envelhecimento não implique em adoecer, as pessoas idosas estão, na grande maioria, sujeitas a doenças crônicas e a prevalência de IU nesta população é alta. O objetivo do estudo é identificar a prevalência de incontinência urinária em idosos no Brasil. Trata-se de uma revisão integrativa realizada a partir do ano 2000, cuja população de estudo é de pessoas idosas com IU no Brasil. Os resultados evidenciaram que, apesar de as amostras dos estudos serem de pessoas idosas, as características destas diferem nos estudos. Também se verificou que os índices de prevalência de IU foram altos e apresentaram uma variação entre 16,5% a 65% e a maioria das ocorrências era em mulheres. Quanto à classificação da incontinência urinária também houve variação, sendo a IU de esforço a mais prevalente, seguida das de urgência e mista respectivamente. O estudo também constatou que há poucos estudos realizados no Brasil sobre o tema e que a enfermagem tem pequena participação nestas publicações. Considera-se necessária a realização de mais estudos sobre o tema, sobretudo em grupos diversos. Somente a partir deles se poderá ter maior clareza sobre a prevalência de IU em pessoas idosas no Brasil e estabelecer políticas e protocolos para o seu tratamento.

Palavras chave: Incontinência urinária. Idosos.

ABSTRACT

MENESES, L. C. **Prevalência da incontinência urinária em idosos no Brasil**. 2013. 41p. Monografia (Especialista em Estomatoterapia) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

Urinary incontinence (UI) has been identified by professionals as a public health problem, because of the greatness of their occurrence and consequences, but few health professionals investigate this problem and there are few studies on the topic, especially performed by nurses. Although aging does not imply ill, the elderly are, in most cases, subject to chronic diseases and the prevalence of UI in this population is high. The objective of the study is to identify the prevalence of urinary incontinence in the elderly in Brazil. It is an integrative review carried out from 2000, whose study population of elderly people with UI in Brazil. The results showed that, although the study samples being of older people, the characteristics of these studies differ. It was also found that the prevalence rates of UI were high and showed a variation between 16.5% to 65% and most of the occurrences were women. Regarding the classification of urinary incontinence was also varied, but stress UI the most prevalent, followed by urge and mixed respectively. The study also found that there are few studies in Brazil on the issue and that nursing plays a role in these publications. It is considered necessary to carry out further studies on the subject, especially in diverse groups. Only from them if you have clarity on the prevalence of urinary incontinence in older people in Brazil and establish policies and protocols for their treatment.

Keywords: Urinary incontinence. Elderly.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Classificação dos níveis de evidências	21
QUADRO 2 - Artigos selecionados para o estudo de acordo com cada base de dados pesquisada.....	27
QUADRO 3 - Amostra obtida	29
QUADRO 4 - Caracterização da amostra nos estudos	31
QUADRO 5 - Caracterização dos estudos a partir do tipo e tratamento dos dados	33
QUADRO 6 - Prevalência de incontinência urinária.....	33

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EBE	Enfermagem Baseada em Evidências
EUA	Estados Unidos da América
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
ICS	Sociedade Internacional de Incontinência
IECA	inibidores da enzima conversora de angiotensina
IU	incontinência urinária
IUE	incontinência urinária de esforço
IUM	incontinência urinária mista
IUU	incontinência urinária de urgência
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
PBE	Prática Baseada em Evidências
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SPSS	<i>Statistical Package for social Sciences</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	<i>Objetivo geral</i>	<i>13</i>
2.2	<i>Objetivos específicos</i>	<i>13</i>
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	14
4	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	20
4.1	<i>Referencial teórico: Prática Baseada em Evidência.....</i>	<i>20</i>
4.2	<i>Referencial metodológico: revisão integrativa</i>	<i>23</i>
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	26
5.1	<i>Primeira etapa: identificação do tema e definição da questão de pesquisa</i>	<i>26</i>
5.2	<i>Segunda etapa: amostragem ou busca na literatura</i>	<i>26</i>
5.3	<i>Terceira etapa: categorização dos estudos - definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados.....</i>	<i>28</i>
5.4	<i>Quarta etapa: avaliação dos resultados incluídos na revisão integrativa.....</i>	<i>28</i>
5.5	<i>Quinta fase: interpretação dos resultados</i>	<i>28</i>
5.6	<i>Sexta fase: apresentação da revisão integrativa</i>	<i>28</i>
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
	REFERÊNCIAS	38
	APÊNDICE A - Instrumento criado para coleta dos dados	42

1 INTRODUÇÃO

A incontinência urinária é definida como perda involuntária de urina em quantidade ou frequência suficientes para causar um problema social ou higiênico (MACIEL *et al.*, 2008). Suas repercussões atingem as esferas emocional, social e econômica, tanto para aqueles que a apresentam quanto para seus familiares e cuidadores. Transtornos como vergonha, depressão e isolamento social são sofridos, afetando a qualidade de vida dessas pessoas (REIS *et al.*, 2003; SILVA; SANTOS, 2005).

Tem sido apontada por estudiosos como um problema de saúde pública, devido à grandeza de sua ocorrência e consequências, mas, poucos profissionais de saúde investigam esse problema e são escassos os estudos sobre a incontinência urinária, especialmente realizados por enfermeiros (SILVA; D'ELBOUX, 2012).

Segundo Silva e Santos (2005), para se propor uma assistência preventiva e terapêutica para a incontinência urinária é necessário um diagnóstico dos índices de prevalência desta, em diferentes grupos populacionais, pois os índices epidemiológicos revelam a intensidade de qualquer problema de saúde sobre uma determinada população. Portanto, a realização de pesquisas sobre incontinência urinária será de grande valia para aqueles que a portam, ou ainda, para seus cuidadores e profissionais de saúde. Somente por meio delas haverá aprimoramento de conhecimentos acerca do tema e poderão ser propostas intervenções efetivas nesse campo (MENEZES *et al.*, 2012).

De acordo com Reis *et al.* (2003), os estudos sobre prevalência de incontinência urinária variam muito em função das diferenças metodológicas, mas, apontam índices que variam de 8 a 34%.

Embora os índices de prevalência da incontinência urinária dependam de características da população, como faixa etária, sexo, condições de saúde (presença de doenças crônicas, menopausa, dentre outros), eles também dependem da classificação de incontinência e da frequência da perda urinária adotadas no estudo (LOPES; HIGA, 2006).

Oliveira *et al.* (2010) afirmam que são poucos os estudos sobre prevalência da incontinência urinária no Brasil, fato que dificulta conhecer a real dimensão do problema em nossa população e, segundo Guarisi *et al.* (2001) e Silva e Santos (2005), os poucos estudos existentes são publicações da área médica, relacionadas a diagnósticos, terapêuticas e cirurgias. Fato endossado por Lopes e Higa (2006) que afirmam que, no país, há na área de enfermagem, uma carência de estudos sobre o tema.

Embora o envelhecimento não implique em adoecer, as pessoas idosas são, na grande maioria, portadores de doenças crônicas e a prevalência de IU nesta população é alta (MACIEL *et al.*, 2008).

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial, e no Brasil esse crescimento vem se dando de forma acelerada. As projeções indicam que para o ano de 2020 seremos o sexto país em número de pessoas idosas (VERAS, 2007). Segundo MACIEL *et al.* (2008), esse crescimento no número de idosos traz como desafio a maior demanda por serviços de saúde, já que a população envelhecida apresenta maior carga de doenças e agravos não-transmissíveis, assim como de incapacidades. A incontinência urinária é uma das mais importantes e recorrentes síndromes geriátricas e tem sido apontada como um problema de saúde pública (SILVA; D'ELBOUX, 2012).

O envelhecimento não é causa de incontinência urinária por si só, mas induz mudanças funcionais e estruturais no sistema urinário que podem predispor à incontinência. Dessa forma, a incontinência urinária é um problema de saúde significativa para as pessoas idosas, pois, repercute física e emocionalmente, restringindo-os em sua independência e dignidade (MACIEL *et al.*, 2008). É também considerada uma síndrome geriátrica devido à alta prevalência e ao impacto negativo que provoca nesse grupo da população (HONÓRIO; SANTOS, 2009).

O interesse pelo tema surgiu da nossa prática profissional como enfermeira de um programa de internação domiciliar, modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas no domicílio. O mesmo beneficia a população como um todo, atendendo aqueles que possuem problemas de saúde agudos ou crônicos agudizados em condições de serem tratados e acompanhados no domicílio, mas são os idosos a grande maioria atendida.

Para as pessoas idosas, a internação domiciliar traz vantagens importantes como a permanência junto aos familiares e em seu ambiente, mantendo assim os seus hábitos, o que proporciona segurança física e psicológica para eles. Outras vantagens consistem em eliminar o risco de adquirir novas infecções no ambiente hospitalar e em ter um atendimento mais humanizado, pois é focado no paciente em seu ambiente. Além disso, nos permite detectar situações e problemas não revelados e até então não detectados, como a incontinência urinária.

No caso específico das pessoas idosas, eles não se queixam da incontinência. Admitem o agravo quando indagados, geralmente a consideram ser um problema natural da idade e pensam não haver tratamento. A incontinência urinária geralmente não é valorizada pelo paciente, principalmente quando a perda de urina ainda é pouca, mas percebemos no dia a dia

o prejuízo que ela traz em sua qualidade de vida, que vai desde a higiene corporal prejudicada até as restrições como as simples saídas de casa.

Trata-se esta de uma situação muito comum em nossa prática profissional e que consideramos de grande relevância, pois a falta de intervenção sobre o problema pode vir a evoluir para complicações maiores, podendo desencadear o seu declínio funcional.

Diante do exposto e da realidade do crescimento da população idosa, e com ela deste agravo, faz-se importante o conhecimento dos índices de prevalência da incontinência urinária em nossa população idosa. Assim como o conhecimento dos tipos de incontinência predominante, uma vez que esta informação pode nos amparar para uma possível implementação de cuidados ao paciente idoso com incontinência urinária.

Portanto, propomos desenvolver uma pesquisa que nos aponte os estudos de prevalência desenvolvidos no Brasil envolvendo a população idosa, como da mesma forma os tipos de incontinência urinária que prevalecem nesta população.

Esperamos que este estudo contribua para a prática clínica e daqueles que lidam com idosos com incontinência urinária e para a literatura na área, servindo como subsídios para o desenvolvimento de novos estudos e novas investigações sobre o tema.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar a prevalência de incontinência urinária em pessoas idosas no Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os estudos científicos de prevalência de incontinência urinária em pessoas idosas no Brasil.
- Identificar a prevalência da incontinência urinária por gênero.
- Identificar os tipos de incontinência urinária abordados nos estudos encontrados.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência como a condição na qual a perda involuntária de urina é um problema social ou higiênico e é objetivamente demonstrada (LOPES; HIGA, 2006).

É uma condição que afeta a população mundial e pode atingir qualquer faixa etária, porém, idosos e mulheres são os mais afetados.

Para Melo *et al.* (2012), trata-se de uma alteração não inerente ao processo de envelhecimento, mas sua incidência aumenta linearmente com a idade, podendo ser considerada como uma síndrome geriátrica, devido à alta prevalência nesses indivíduos e ao impacto negativo que provoca no idoso. A idade avançada está relacionada com alterações de motivação, destreza manual, mobilidade, lucidez e existência de doenças associadas, que são fatores que podem ser responsáveis pela incontinência urinária.

Vários fatores podem contribuir para o aumento da prevalência da IU, como o aumento da idade, responsável pelo envelhecimento natural das fibras musculares, que pode levar a uma hipotrofia ou a substituição destas por adipócitos ou células de tecido conjuntivo, diminuindo, assim, a capacidade dos músculos do assoalho pélvico de contribuir de maneira efetiva para o processo de continência. Além disso, nas mulheres, a diminuição do estrógeno na pós-menopausa prejudica a coaptação da mucosa uretral, devido a atrofia epitelial e diminuição da vascularização local (FIGUEIREDO *et al.*, 2008).

A IU é altamente prevalente em adultos e de duas a quatro vezes mais comum em mulheres do que em homens e, no Brasil, são poucos os estudos sobre prevalência de IU e, em geral, é mais investigada sua relação com o esforço em mulheres de meia idade (DELLÚ; ZÁCARO; SCHMITT, 2008).

É difícil se precisar dados como incidência e prevalência da IU na população geral de acordo com a literatura, pois esses dados se apresentam extremamente variáveis, o que se justifica pelas diferenças existentes entre os estudos sobre IU que vão desde a definição da IU propriamente dita, até aspectos demográficos da população em análise, metodologia desenvolvida e formato do estudo. Na literatura observa-se uma tendência de se avaliar IU em grupos específicos da população como mulheres, idosos, gestantes, esportistas, entre outros (MENEZES *et al.*, 2012).

Em seu estudo, Menezes *et al.* (2012) revelaram que a IU é de alta prevalência na amostra formada pelas mulheres do Programa de Hipertensão e Diabetes. As mulheres com mais de 60 anos têm quatro vezes mais chance de ter IU do que aquelas com idade inferior a

40 anos. Além disso, as diabéticas apresentavam quase três vezes mais chance do aparecimento da IU como sintoma quando comparado ao grupo daquelas sem diabetes. Finalmente, as pacientes hipertensas apresentaram duas vezes mais chances de ter IU quando comparadas ao grupo sem hipertensão.

Segundo Berlezi *et al.* (2011), a literatura também aponta diferentes medicamentos como desencadeantes da IU, destacando entre eles os anti-hipertensivos. Os anti-hipertensivos parecem ter papel de destaque, por serem utilizados em grande escala pela população e podem agravar os distúrbios de ordem miccional e IU. Diuréticos, betabloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio são os anti-hipertensivos mais relacionados com distúrbios miccionais. Os diuréticos de alça podem aumentar a produção de urina, funcionando como fator predisponente para possíveis perdas urinárias. Os bloqueadores dos receptores alfa-adrenérgicos podem bloquear os receptores do colo vesical, ocasionando perdas por estresse nas mulheres idosas, pois estas possuem como fatores predisponentes a diminuição do comprimento da uretra e da pressão de fechamento uretral. Também os bloqueadores do canal de cálcio podem predispor à IU por promover o relaxamento da musculatura lisa, ocasionando o aumento do volume residual pós-miccional, podendo levar à incontinência de estresse ou de transbordamento pela retenção de urina. Já os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) podem levar à perda de urina por provocar tosse, por seu efeito colateral, fato que aumenta a pressão abdominal, predispondo à incontinência.

No que tange à classificação da IU, do ponto de vista clínico, esta pode ser transitória e estabelecida. A IU transitória ou reversível caracteriza-se por início súbito, geralmente associado a condições clínicas agudas ou ao uso de drogas. Tende a ser resolvida uma vez eliminada a causa ou causas adjacentes. São causas mais comuns o *delirium*, infecções do trato urinário, uretrite e vaginites atróficas, restrições da mobilidade, aumento do débito urinário, medicações, impactação fecal e distúrbio psíquico.

A IU estabelecida refere-se à não relacionada exclusivamente a problemas agudos e persistem ao longo do tempo. Pode ser causada por hiperatividade ou hipoatividade do detrusor, por flacidez da musculatura pélvica, por alteração da pressão uretral, por obstrução da saída vesical ou por distúrbios funcionais.

De acordo com a sintomatologia clínica, a incontinência estabelecida tem sido caracterizada de acordo com os eventos que levam à perda de urina, sendo classificada como incontinência urinária de esforço (IUE), que se caracteriza por perda urinária simultânea a esforço, exercício físico, tosse ou espirro, incontinência urinária de urgência (IUU), que se caracteriza por perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por súbito e incontrolável desejo de urinar, difícil de ser adiado ou incontinência urinária mista

(IUM), quando há sinais e sintomas dos dois tipos relatados acima (LEROY; LOPES; SCHIMO, 2012).

Segundo Oliveira e Garcia (2011), a IUE é caracterizada pela perda urinária, quando a pressão intravesical excede a pressão uretral máxima na ausência de contração do músculo detrusor. Ocorre devido a uma deficiência no suporte vesical e uretral que é feito pelos músculos do assoalho pélvico e/ou por uma fraqueza ou lesão do esfíncter uretral. Para MACIEL *et al.* (2008) este é o tipo mais comum entre as mulheres jovens e o segundo mais comum entre as mulheres idosas. Também pode ocorrer no homem idoso após prostatectomia transuretral ou radical ou após radioterapia.

A IUE é o tipo mais comum de perda involuntária de urina na mulher, podendo ocorrer por hiper mobilidade da uretra ou por deficiência esfíncteriana, sendo a hiper mobilidade a causa mais frequente, podendo ocorrer em decorrência da fraqueza do assoalho pélvico ou por consequência de procedimentos cirúrgicos, já a deficiência esfíncteriana intrínseca é causada pela incapacidade do esfíncter uretral em manter a coaptação da mucosa, tanto no repouso quanto no exercício (SOUSA *et al.*, 2011).

A IU de urgência caracteriza-se por perda involuntária de urina, associada ao forte desejo de urinar, estando ou não a bexiga cheia; é associada ao aumento de frequência miccional, noctúria e urge incontinência. Geralmente, as contrações involuntárias do músculo detrusor produzem os sintomas. É o tipo mais comum em paciente idosos de ambos os sexos.

A IU mista é a perda de urina associada à urgência e às situações de aumento da pressão intra-abdominal, ou seja, uma associação entre os dois tipos descritos anteriormente em um mesmo paciente (SANTOS *et al.*, 2009).

Outros tipos de incontinência urinária menos comuns são a de transbordamento e a funcional. A IU de transbordamento ocorre devido a um distúrbio neurológico que afeta a contratilidade vesical (detrusor hipoativo) ou por obstrução anatômica ou funcional da saída. É caracterizada por perda frequente, quase contínua de pequenas quantidades de urina. A IU funcional refere-se à que acomete pacientes sem comprometimento dos mecanismos controladores da micção e está relacionada à incapacidade dos pacientes de atingir a toailete a tempo de evitar a perda de urina, seja por limitações físicas, transtornos psíquicos, déficit cognitivo, regressão, hostilidade ou limitações ambientais (MACIEL *et al.*, 2008).

Independente do tipo de IU, os prejuízos para a qualidade de vida são inúmeros, podendo afetar diversos aspectos da vida, não só o físico, como também o social, psicológico, ocupacional, doméstico e sexual. Muitos idosos acabam mudando sua rotina de vida diária e isolando-se. Deixam de frequentar festas, casas de amigos e familiares; muitas vezes

impedem visitas a sua própria casa, com receio de que as pessoas percebam o odor de urina (HONÓRIO; SANTOS, 2009).

Os efeitos psicossociais podem ser mais devastadores que as consequências sobre a saúde física, podendo afetar atividades diárias, a interação social e a autopercepção do estado de saúde (MELO *et al.*, 2012).

No que diz respeito a avaliação do paciente com IU, esta se baseia na história clínica, exame físico e avaliação urodinâmica. Embora a história clínica forneça diversas informações, é frequente que não se obtenha o diagnóstico, uma vez que os sintomas urinários podem ser similares quando as etiologias são diferentes. Isto faz a história clínica, embora integrante da avaliação uroginecológica, constituir-se apenas de segmento da avaliação total da paciente.

Segundo Feldner Júnior *et al.* (2002), a anamnese deve conter alguns aspectos incluindo o início dos sintomas, duração, gravidade, condições associadas e descrição do impacto na qualidade de vida. Os sintomas vão refletir alteração na fisiologia normal do trato urinário. Para os mesmos autores, o diário miccional é outra ferramenta importante quando se suspeita de hiperatividade vesical. Além de auxiliar no correto diagnóstico, permite a avaliação da gravidade dos sintomas, além de constituir recurso para avaliar terapêuticas utilizadas. É fundamental que se tenha o registro dos medicamentos em uso pela paciente, uma vez que determinados fármacos podem piorar ou mesmo desencadear os sintomas.

O exame físico faz parte da rotina de investigação do paciente incontinente, visando reproduzir e caracterizar a incontinência, excluir distúrbios neurológicos, avaliar o suporte pélvico e excluir outras enfermidades pélvicas. Na mulher, durante o exame, alguns aspectos devem ser ressaltados: a análise da mucosa vaginal; sinais de dermatite amoniacal; sinais de atrofia pelo hipoestrogenismo; força de contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico; tônus do esfíncter retal; sensibilidade do períneo e reflexos sacrais, além de eventuais distopias genitais (FELDNER JÚNIOR *et al.*, 2002).

Quanto à avaliação urodinâmica, esta deve ser realizada especialmente quando a cirurgia é opção ao tratamento. Segundo os autores, quando a terapia não cirúrgica é contemplada, o exame urodinâmico pode ser dispensável. Embora o estudo urodinâmico seja considerado o melhor método diagnóstico para avaliação da função do trato urinário, alguns autores acreditam que o mesmo não é rotineiramente necessário e preferem conduzir suas pacientes baseando-se em sintomas clínicos. Sua utilização rotineira ainda permanece controversa. Alguns guias de conduta não o recomendam se a opção inicial de tratamento é a terapia conservadora (FELDNER JÚNIOR *et al.*, 2002).

Baseando-se nestes dados, tem-se que a história clínica associada ao exame físico tem grande importância no manejo da incontinência urinária. Porém, não devem ser utilizados

como único método diagnóstico, principalmente quando se tem em mente a possibilidade de tratamento cirúrgico. O sucesso no tratamento da IU depende de uma abordagem multifatorial e um planejamento adequado, envolvendo a remoção das causas precipitantes e a introdução de uma terapêutica em passos, nas quais medidas conservadoras e não farmacológicas precedam as farmacológicas e estas as cirúrgicas.

Quanto aos tipos de tratamentos da incontinência urinária, dependendo das condições de saúde, tipo e estágio da incontinência, o tratamento pode ser cirúrgico, fisioterápico, comportamental ou medicamentoso. Através destas intervenções a cura pode ser obtida, os sintomas podem ser minimizados ou o paciente pode aprender a lidar melhor com o problema.

O tratamento cirúrgico, além de ser um procedimento invasivo, pode trazer complicações, apresentar elevado custo e altas recidivas. A terapia medicamentosa uma vez iniciada não deve ser interrompida e ainda pode causar efeitos colaterais. Por esses motivos, vem aumentando o interesse por tratamentos mais conservadores como a fisioterapia. Sendo assim, a Sociedade Internacional de Continência (ICS), em 2005, recomendou o tratamento fisioterapêutico para IU como a primeira opção, pois se trata de técnicas e recursos que envolvem baixo custo e risco, além de eficácia comprovada. Entre as modalidades desse tratamento destacam-se a eletroestimulação, o *biofeedback* e a cinesioterapia. A cinesioterapia visa essencialmente ao fortalecimento muscular, estratégia tão imprescindível quanto avaliar a capacidade que as mulheres têm em contrair corretamente esse grupo muscular. Dessa forma, a cinesioterapia é uma técnica que permite, por meio da contração e do relaxamento dos músculos do assoalho pélvico, resultados mais efetivos, observando-se melhora ou cura em vários pacientes de forma mais duradoura (SOUSA *et al.*, 2011).

No Brasil, a abordagem de tratamento é tradicionalmente cirúrgica. Entretanto, este procedimento envolve custo elevado e pode ocasionar complicações. Atualmente, tem surgido o interesse por opções de tratamentos menos invasivos (CALDAS *et al.*, 2010).

A terapia comportamental em particular, é um método não invasivo de tratamento, de baixo risco, pouco dispendioso e que pode se constituir numa estratégia de tratamento efetiva e conservadora na recuperação das funções fisiológicas, causando uma melhora da musculatura do assoalho pélvico. Ela consiste em estimular modificações comportamentais e mudanças dos hábitos do cliente que possam contribuir para piorar ou causar episódios de perdas urinárias, associando a isso um retreinamento da bexiga (HONÓRIO; SANTOS, 2009).

Esse retreinamento vai desde ensinamentos da simples contração e relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, até exercícios modificados, incluindo a alteração da posição

– ortostática, sentado e decúbito dorsal – e uso de instrumentos como bolas para facilitar a realização dos mesmos (HONÓRIO; SANTOS, 2009).

Caldas *et al.* (2010), em relato de experiência com terapia comportamental, comprovam que a terapia comportamental deve ser aplicada antes de encaminhar uma paciente com incontinência urinária para realizar um procedimento cirúrgico, pois é possível obter uma melhora do quadro. Além disso, mesmo quando houver necessidade da intervenção cirúrgica, essa terapia pode ser realizada após tal procedimento a fim de otimizar a reabilitação no pós-operatório tardio.

Ainda para esses autores, no que diz respeito aos hábitos alimentares, devem ser orientados quanto como a minimização da ingestão de cafeinados, excesso de líquidos antes de dormir, frutas ácidas, achocolatados e refrigerantes. Essas mudanças devem ser estimuladas, já que alguns desses são considerados irritantes vesicais, e poderiam, de certa forma, agravar os episódios de perdas urinárias, sobretudo nas situações de urge incontinência.

Conforme MACIEL *et al.* (2008), quanto ao tratamento farmacológico da IU, existem poucos dados sobre a eficácia e a toxicidade das drogas usadas no tratamento de idosos. A escolha de uma droga específica deve basear-se na sua ação farmacológica, nos efeitos colaterais potenciais e na presença de comorbidades. São geralmente utilizados:

- para favorecer esvaziamento: agentes colinérgicos: estimulam contração detrusor (cloridrato de betanecol - Liberan); Alfa-bloqueadores: reduzem resistência uretral (doxazosina/terazosina/alfuzosina/tamsulozina/fenoxibenzamina);
- para favorecer enchimento: agentes anti-colinérgicos: (muscarínicos): inibem contração detrusor (cloridrato de oxibutinina/tartarato de tolterodina/brometo propantelina/sulfato de hiosciamina); Inibidores beta-adrenérgicos: (agem no corpo da bexiga): inibem contração detrusor e facilitam enchimento e armazenamento urina (propranolol e duloxetina); Estimuladores alfa-adrenérgicos: (agem no colo vesical): incrementam resistência uretral (efedrina/imipramina/fenilpropanolamina ou norefedrina); Toxina botulínica: diminui contrações involuntárias detrusor; Estrógenos: incrementam ação fibras musculares

Para o mesmo autor, o sucesso do tratamento da IU depende, antes de tudo, de planejamento adequado, abordagem multifatorial que envolva a remoção dos fatores precipitantes e a introdução de uma terapêutica em passos, em que as medidas não farmacológicas precedam as farmacológicas e estas as medidas cirúrgicas.

4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Para a elaboração desta monografia foi adotada a Prática Baseada em Evidências (PBE) como referencial teórico e a Revisão Integrativa como referencial metodológico.

4.1 *Referencial teórico: Prática Baseada em Evidência*

A PBE teve origem no trabalho do epidemiologista britânico Archie Cochrane e tinha a finalidade de promover a melhoria da assistência à saúde e do ensino (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004). É uma abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional e os valores e preferências do paciente dentro do contexto do cuidado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O termo “baseado em evidências” implica o uso e aplicação de pesquisas como base para a tomada de decisões sobre a assistência à saúde (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003). É uma abordagem para o cuidado clínico e para o ensino fundamentado no conhecimento e qualidade da evidência; envolve a definição do problema clínico, identificação das informações necessárias, condução da busca de estudos na literatura e posterior avaliação crítica, identificação da aplicabilidade dos dados oriundos dos estudos e a determinação de sua aplicabilidade para o paciente (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

A enfermagem baseada em evidências (EBE) surge dentro do movimento da medicina baseada em evidências, sendo definida como “o consciencioso, explícito e criterioso uso da melhor evidência para tomar uma decisão sobre o cuidado individual do paciente”. A enfermagem baseada em evidências requer habilidades que não são tradicionais na prática clínica, pois exige identificar as questões essenciais nas tomadas de decisão, buscar informações científicas pertinentes à pergunta e avaliar a validade das informações (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

A prática baseada em evidências focaliza sistemas de classificação de evidências. Geralmente esses sistemas são caracterizados de forma hierárquica, dependendo do delineamento de pesquisa, ou seja, da abordagem metodológica adotada para o desenvolvimento do estudo (GALVÃO, 2006).

A melhor evidência é oriunda da pesquisa clínica relevante, focada no paciente para aprimoramento das medidas de diagnóstico, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção (PEDROLO *et al.*, 2009).

A classificação hierárquica das evidências, para a avaliação das pesquisas ou outras fontes de informação é baseada na categorização da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos da América (EUA) (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

O Quadro 1 apresenta os níveis de evidência de forma hierarquizada proposto por Stetler *et al.* (1998) e adotada neste estudo.

QUADRO 1 -Classificação dos níveis de evidências

Nível e qualidade das evidências	Classificação das evidências
Nível I (qualidade do estudo de A-D)	Meta-análise de múltiplos estudos controlados.
Nível II (qualidade do estudo de A-D)	Estudos experimentais individuais (Ensaio Clínico Randomizado - ECR).
Nível III (qualidade do estudo de A-D)	Estudos quase experimentais, como ensaio clínico não randomizado, grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso controle.
Nível IV (qualidade do estudo de A-D)	Estudos não experimentais, tais como pesquisa descritiva, correlacional e comparativa, pesquisas com abordagem metodológica qualitativa e estudos de caso.
Nível V (qualidade do estudo de A-D)	Dados de avaliação de programas, dados obtidos de forma sistemática.
Nível VI	Opinião de especialistas, relatos de experiências, consensos, regulamentos e legislações.

Fonte: Stetler *et al.* (1998).

Tal classificação leva em consideração a abordagem metodológica do estudo, o delineamento de pesquisa empregado e o seu rigor, sendo que permite a inclusão de estudos com abordagem metodológica qualitativa, os quais são muito desenvolvidos na enfermagem (STETLER *et al.*, 1998).

Os artigos de revisão, assim como outras categorias de artigos científicos, são uma forma de pesquisa que utiliza fontes de informações bibliográficas para obtenção de resultados de pesquisa de outros autores, com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado tema. Duas categorias de artigos de revisão são encontradas na literatura: as revisões narrativas e as revisões sistemáticas (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

As duas categorias, apesar de serem denominadas de revisão, possuem características e objetivos distintos. A revisão narrativa é utilizada para descrever um assunto específico, sob o ponto de vista teórico ou contextual, sem fornecer a metodologia para a busca das referências, nem as fontes de informação utilizadas, ou os critérios usados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constitui-se, basicamente, da análise da literatura, da interpretação e análise crítica pessoal do pesquisador (BERNARDO; NOBRE; JANETE¹, 2004 *apud* BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

¹ BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C; JANETE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 1-9, 2004.

Já a revisão bibliográfica sistemática, ao contrário da narrativa, é uma revisão planejada para responder a uma pergunta específica e que utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos, e para coletar e analisar dados desses estudos incluídos na revisão (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A revisão sistemática disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada (SAMPAIO; MANCINI, 2007). Tem a finalidade de ratificar a efetividade de uma intervenção, geralmente por meio de estudos experimentais, como os estudos randomizados controlados (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Para Galvão, Sawada e Trevisan (2004), a revisão sistemática com base em sua síntese rigorosa busca evitar e superar possíveis vieses que o pesquisador possa ter no momento da análise da literatura sobre um tema. As revisões sistemáticas sintetizam os resultados de múltiplas pesquisas primárias, podendo incorporar resultados de uma pesquisa de meta-análise.

A meta-análise é um método de revisão que combina as evidências de múltiplos estudos primários a partir do emprego de instrumentos estatísticos, a fim de aumentar a objetividade e a validade dos achados. Na abordagem da meta-análise os resultados são transformados em uma medida comum para calcular a dimensão geral do efeito ou a intervenção mensurada (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão sistemática e a meta-análise, embora sejam os estudos de revisão mais utilizados, não contemplam questões de enfermagem relacionadas aos cuidados e/ou impacto da doença ou tratamento. Já a revisão integrativa permite a inclusão de métodos diversos em virtude de abordagem metodológica e desempenham um importante papel na prática baseada em evidências em enfermagem (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Diferentemente da revisão sistemática, o método de revisão integrativa é o que permite a mais ampla abordagem metodológica, permite a inclusão de estudos que adotam experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A revisão integrativa reúne e sintetiza os estudos realizados sobre um determinado assunto, construindo uma conclusão a partir dos resultados evidenciados em cada estudo. Estes são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento preexistente sobre o tema investigado. É um método que permite gerar uma fonte de conhecimento atual sobre o problema e determinar se o conhecimento é válido para ser transferido para a prática; a construção da revisão

integrativa deve seguir padrões de rigor metodológico, os quais possibilitarão, ao leitor, identificar as características dos estudos analisados e oferecer subsídios para o avanço da enfermagem (POMPEO; GALVÃO; ROSSI, 2009).

Diante do exposto, neste estudo optou-se pela Revisão Integrativa como referencial metodológico.

4.2 Referencial metodológico: revisão integrativa

A revisão integrativa tem o potencial de construir um conhecimento em enfermagem, produzindo um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade. Torna os resultados de pesquisa mais acessíveis, uma vez que em um único estudo o leitor tem acesso a diversas pesquisas realizadas, ou seja, o método permite agilidade na divulgação do conhecimento, na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões para estudos futuros. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Uma das vantagens no uso de revisões integrativas é a habilidade de reunir dados de diferentes tipos de delineamentos de pesquisas, abrangendo literatura teórica empírica. Embora a inclusão de múltiplos delineamentos de pesquisas possa complicar a análise, uma maior variedade no processo de amostragem tem o potencial de aumentar a profundidade e abrangência das conclusões. A riqueza do processo de amostragem também pode contribuir para um retrato compreensivo do tópico de interesse (WHITTEMORE; KNAFK, 2005).

Portanto, a revisão integrativa é uma ferramenta importante no processo de comunicação dos resultados de pesquisas, pois facilita a utilização desses na prática clínica, proporcionando uma síntese do conhecimento produzido e fornecendo subsídios para a melhoria da assistência à saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para atingir o objetivo proposto neste estudo, optou-se pela revisão integrativa como método de revisão de literatura. A escolha é justificada devido ao fato de ser este um método que possibilita a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado.

A revisão integrativa é composta por seis etapas:

Primeira etapa: identificação do tema e definição da questão de pesquisa

A definição da pergunta norteadora é a fase mais importante da revisão, pois determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O assunto deve ser definido de maneira clara e específica, sendo que a objetividade inicial predispõe todo o processo a uma análise direcionada e completa, com conclusões de fácil identificação e aplicabilidade (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Uma pergunta de pesquisa adequada (bem construída) possibilita a definição correta de quais informações (evidências) são necessárias para a resolução da questão clínica de pesquisa, maximizando a recuperação de evidências nas bases de dados, focando o escopo da pesquisa e evitando a realização de buscas desnecessárias (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Segunda etapa: amostragem ou busca na literatura

Esta etapa está relacionada à anterior e a busca em base de dados deve ser ampla e diversificada, contemplando a procura em bases eletrônicas, busca manual em periódicos, as referências descritas nos estudos selecionados, o contato com pesquisadores e a utilização de material não publicado (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

Terceira etapa: categorização dos estudos - definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados

Esta etapa define quais informações será extraído dos estudos, o instrumento para coletar as informações e como essas serão organizadas e sintetizadas de modo a formar um banco de dados (GALVAO, 2003).

Quarta etapa: avaliação dos resultados incluídos na revisão integrativa

Esta etapa é equivalente à análise dos dados em uma pesquisa convencional, na qual há o emprego de ferramentas apropriadas. Para garantir a validade da revisão, os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Quinta fase: interpretação dos resultados

Esta etapa corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. O revisor fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Sexta fase: apresentação da revisão integrativa

A apresentação da revisão integrativa deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados. Deve conter, então, informações pertinentes e detalhadas baseadas em metodologias contextualizadas, sem omitir qualquer evidência relacionada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Para a elaboração deste estudo foram percorridas seis fases propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), descritas a seguir:

5.1 Primeira etapa: identificação do tema e definição da questão de pesquisa

Para a formulação da pergunta norteadora optamos por não utilizar a estratégia PICO, pelo fato de que não houve dificuldade na formulação de nossa pergunta, de forma que esta ficou clara e objetiva. Sendo assim, foi formulada a seguinte pergunta norteadora: Qual é a prevalência da incontinência urinária em idosos no Brasil?

5.2 Segunda etapa: amostragem ou busca na literatura

No presente estudo de revisão, os dados foram coletados no dia 5 de dezembro de 2012, utilizando-se a internet para acessar as bases de dados por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para a busca de estudos, foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que possuem vocabulário estruturado, trilingue (português, espanhol e inglês), baseado em coleções de termos organizados para facilitar o acesso à informação (PELLIZON, 2004), a saber: ‘incontinência urinária’ (*urinary incontinence – icotnência urinária*) e ‘idosos’ (*aged – anciano*).

Além disso, foram adotados os seguintes critérios de inclusão de estudos:

Critérios de inclusão:

- Artigos envolvendo pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, faixa etária definida como idosa pela Lei nº10. 741 de 1º de outubro de 2003, conhecida como Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).
- Artigos publicados a partir do ano de 2000, considerando que, de acordo com o último censo demográfico, a população de idosos no Brasil passou de 5,9% em 2000 para 7,4% em 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).
- Artigos que trazem o tema prevalência de incontinência urinária em pessoas idosas em seus objetivos.
- Artigos nacionais publicados nas línguas português, inglês ou espanhol, uma vez que praticamente toda a literatura nacional é publicada em uma dessas línguas.

Na busca pelos estudos foram encontrados os seguintes resultados: 507 artigos na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), 19 artigos na Literatura Internacional Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), 19 artigos no Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), 17 artigos na Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e oito artigos na *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO).

Após leitura do título, ano de publicação e resumo dos artigos selecionados com o intuito de analisar se eles atendiam à questão proposta para esta revisão integrativa e a adoção dos critérios de inclusão e exclusão definidos para este estudo, diversos estudos foram excluídos, conforme demonstrado a seguir:

- Na base de dados MEDLINE, dos 507 artigos selecionados, 490 são estudos realizados em população estrangeira, 13 são artigos realizados no Brasil, porém não são estudos sobre prevalência da incontinência urinária. Após estas exclusões, foram quatro os estudos selecionados para a amostra.
- Na base de dados LILACS, dos 19 artigos selecionados, sete são estudos realizados com população estrangeira e nove são estudos brasileiros, porém não são estudos de prevalência da incontinência urinária. Ao avaliar os três estudos restantes foi constatado que esses artigos também constavam na MEDLINE.
- Na base de dados BDENF, dos 17 artigos selecionados, 16 são estudos brasileiros, porém não são estudos de prevalência de incontinência urinária. O único estudo selecionado para a amostra também se repete na MEDLINE e na LILACS.
- Na base de dados IBECS, os 19 artigos selecionados são de estudos realizados com população estrangeira.

Sendo assim, obteve-se a amostra do presente trabalho composta por quatro artigos, conforme demonstrado no Quadro 2.

QUADRO 2 -Artigos selecionados para o estudo de acordo com cada base de dados pesquisada

Base de dados	Artigos obtidos	Artigos selecionados
MEDLINE	507	04
LILACS	19	03 (também na MEDLINE)
IBECS	19	00
BDENF	17	01 (também na LILACS e MEDLINE)
TOTAL	562	04

5.3 Terceira etapa: categorização dos estudos - definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionado

Para a definição das informações a serem extraídas dos estudos que compuseram a amostra, foi utilizado um instrumento para coleta de dados elaborado pelas autoras (ver APÊNDICE). Os seguintes itens contemplam o instrumento: identificação do artigo, periódico, base de dados, sede do estudo, informações sobre os autores, características metodológicas (objetivos, amostra, nível de evidência) e resultados da prevalência da IU.

Importante ressaltar que, para a análise do delineamento de pesquisa dos artigos incluídos na presente revisão, adotou-se também a classificação das evidências de Stetler *et al.* (1998), citado anteriormente (QUADRO 1).

5.4 Quarta etapa: avaliação dos resultados incluídos na revisão integrativa

5.5 Quinta fase: interpretação dos resultados

5.6 Sexta fase: apresentação da revisão integrativa

Importante salientar que as fases 4, 5 e 6 serão apresentadas e discutidas nos resultados do presente estudo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o término das estratégias de busca foram encontrados apenas quatro artigos, cujos objetivos tratavam da prevalência de incontinência urinária em pessoas idosas no Brasil, o que corrobora com Oliveira *et al.* (2010), que citam que são poucos os estudos sobre o tema.

Os artigos obtidos são apresentados no Quadro 3.

QUADRO 3 -Amostra obtida

Artigo	Autores	Ano	Periódico	Base de dados
<i>Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brasil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging)</i>	-José Tadeu Nunes Tamanini -Maria Lúcia Lebrão -Yeda A. O. Duarte -Jair L. F. Santos -Ruy Laurenti	2009	Cadernos de Saúde Pública	MEDLINE LILACS
Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial	-Vanessa Abreu da Silva -Katia Lacerda de Souza -Maria José D'Elboux	2011	Revista da Escola de Enfermagem da USP	MEDLINE LILACS BDENF
<i>Urinary Incontinence and perineal muscle function in physically active and sedentary elderly women</i>	-Janeisa F. Virtuoso -Giovana Z. Mazo -Enaiane C. Menezes	2011	Revista Brasileira de Fisioterapia	MEDLINE LILACS
<i>Prevalence and clinical characteristics of urinary incontinence in elderly individuals of a income</i>	-Juliana Schulze Burti -Adriana M Santos -Rosa Maria Pereira -João Paulo Zambon -Amélia Pasqual Marques	2012	<i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i>	MEDLINE

Fonte: Tamanini *et al.* (2009), Silva, Souza e D'Elboux (2011), Virtuoso, Mazo e Menezes (2011) e Burti *et al.* (2012).

Embora o estudo proponha um levantamento de dados que compreenda o período de 2000 a 2012, os artigos encontrados foram publicados da seguinte forma: um em 2009, dois em 2011 e um em 2012. Diante dos achados podemos inferir que tem havido uma maior preocupação com o tema nos anos recentes, certamente em função do fenômeno mundial de envelhecimento da população. O Brasil é um país onde esse processo vem acontecendo de forma mais acelerada e estima-se que, em 2020, terá uma das maiores populações de pessoas idosas do mundo, fato este que já repercute na saúde pública (SOLANO; SCAZUFCA; MENEZES, 2011).

A base de dados MEDLINE publicou todos os quatro artigos, apesar de três deles também terem sido publicados no LILACS e um no BDENF. A MEDLINE é uma base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA, com grande concentração de artigos publicados na área de biomedicina e demais áreas de saúde. Suas publicações são de grande impacto e circulação internacional, o que de certa forma também caracteriza os estudos nela contidos com a mesma relevância.

Do total de estudos (4), tem-se que dois, apesar de serem estudos realizados no Brasil, foram publicados no idioma inglês. Marques (2011) afirma que os artigos não publicados em inglês diluem o impacto médio das publicações, particularmente em campos aplicados, como a medicina clínica.

Diante do exposto verifica-se que, apesar do número de publicações ser pequeno e apenas a metade dos estudos terem sido publicados na língua inglesa, a base de dados em que todos se encontram tem grande impacto internacional.

Com relação aos periódicos onde foram publicados os estudos, três deles (Cadernos de Saúde Pública, Revista da Escola de Enfermagem da USP e Revista Brasileira de Fisioterapia) possuem sede na região sudeste do Brasil, sendo duas na cidade de São Paulo e uma na cidade do Rio de Janeiro. O outro estudo foi publicado nos EUA.

Do total de estudos, dois foram realizados em comunidades de um grande centro urbano (São Paulo) e os outros dois foram realizados em instituições de grande atendimento do público em geral, vinculadas a universidades, campo de ensino e pesquisa. Conforme Galvão, Sawada e Trevisan (2004), as instituições prestadoras de serviços de saúde devem proporcionar suporte organizacional para que o enfermeiro e outros profissionais de saúde fundamentem suas ações em conhecimento científico, e os órgãos formadores devem direcionar esforços para o preparo destes profissionais frente a pesquisa.

Em relação à autoria e titulação, verificou-se que apenas um estudo tem como autoras enfermeiras e essas possuem titulação de mestre, o que infere uma relação de produção científica com a academia. Outro estudo tinha como autores fisioterapeutas, porém não trazia a titulação dos mesmos. Os demais (2) não apresentaram nem a autoria nem a titulação. Embora os estudos não tragam essas informações, fizemos um levantamento desses dados, a fim de melhor caracterizar a amostra e verificamos que no artigo que tem as fisioterapeutas como autoras, estas são apenas graduadas. Dentre os que não traziam as informações sobre autoria e título (2), tem-se que um foi elaborado por fisioterapeutas com especialização em Reabilitação uroginecológica e médicos e o outro por médicos e uma enfermeira entre os autores. A presença do enfermeiro em parceria com outros profissionais de saúde é importante, uma vez que o trabalho executado em equipe e a troca de experiência são de grande valia para a melhora da qualidade da assistência. Além disso, Lopes e Higa (2006) afirmam que no Brasil, há uma carência de estudos na área da enfermagem sobre este tema, o que demonstra uma necessidade da melhoria quantitativa de nossa publicação. É importante ressaltar também que a Fisioterapia demonstra interesse na área, pois metade desses artigos foi publicado por esses profissionais e parte deles é especialista na área.

Quanto ao delineamento das pesquisas, baseado nos níveis de evidência proposto por Stetler *et al.* (1998), verificou-se que todos os estudos possuem nível de evidência IV, onde se enquadram pesquisas não experimentais e descritivas, características de estudos de prevalência. Este tipo de pesquisa tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis e é caracterizado pela utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2006). De acordo com Galvão, Sawada e Trevisan (2004), o conhecimento da hierarquia das evidências fornece diretrizes que podem auxiliar o enfermeiro na avaliação crítica das pesquisas, ou seja, conhecer a abordagem metodológica na qual a pesquisa está inserida consiste em aspecto crucial para a utilização dos resultados na prática profissional e, conseqüentemente, a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem.

O presente estudo tem como um dos critérios de inclusão que os artigos tenham como objetivos a prevalência de incontinência urinária em idosos. Durante a análise verificou-se que, embora todos os artigos apresentem este objetivo, apenas um possui este como único objetivo. Os demais também avaliam a associação de fatores de risco, as características da incontinência e a comparação entre a ocorrência da IU e a função muscular perineal.

Apesar das amostras dos estudos serem de pessoas idosas, as características destas diferem nos estudos, conforme apresentado no Quadro 4.

QUADRO 4 -Caracterização da amostra nos estudos

Artigo	Amostra		
	Característica	Tamanho	Gênero
1	Idade igual ou superior a 60 anos que vivem em São Paulo.	2143	Masc. e Fem.
2	Idade igual ou superior a 80 anos e igual ou superior a 60 anos com dependência física ou cognitiva.	100	Masc. e Fem.
3	Idade igual ou superior a 60 anos, praticantes e não praticantes de atividades físicas regulares.	39	Feminino
4	Idade igual ou superior a 60 anos que possuem baixa renda.	388	Masc. e Fem.

A primeira amostra é de pessoas idosas em geral, a segunda é de idosos frágeis, a terceira trabalha apenas com mulheres idosas e a quarta e última é de pessoas idosas de baixa renda.

Sabe-se que o envelhecimento não é causa de IU, mas a idade mais avançada e as condições de saúde já comprometidas podem predispor o seu surgimento. As conseqüências fisiológicas e patológicas do envelhecimento, quando negligenciadas, contribuem sobremaneira para o aparecimento da IU (SOUZA *et al.*, 2010). Além disso, Lopes e Higa (2006) afirmam que a prevalência de incontinência urinária depende de características da

população como faixa etária, sexo, condições de saúde e também da classificação de IU e da perda urinária adotadas no estudo, o que demonstra a importância de se trabalhar amostras diferentes, como as encontradas no presente estudo.

Em relação à segunda amostra, ela trabalha com a denominação “idoso frágil”, cuja fragilidade é definida no artigo como uma síndrome caracterizada pela diminuição da reserva energética e pela resistência reduzida aos estressores. Ocorrem três mudanças fisiológicas relacionadas à idade que são subjacentes à síndrome da fragilidade, conhecidas como tripé da fragilidade: alterações neuromusculares, desregulação do sistema endócrino e disfunção imunológica. Baseados nessas alterações pesquisadores elaboraram um fenótipo de fragilidade composto por cinco critérios: perda de peso não intencional no último ano, exaustão, lentidão, fraqueza muscular e baixo nível de atividade física. Para ser considerado frágil, o idoso deve apresentar três ou mais critérios do fenótipo e a presença de um ou dois critérios caracteriza pré-fragilidade, dado grande risco de o idoso desenvolver a síndrome da fragilidade. Neste caso, a fragilidade pode estar associada à imunidade reduzida, podendo contribuir para o aparecimento de uma lesão ou doença ou seu agravamento (SOUZA *et al.*, 2010).

No que diz respeito à terceira amostra, que trabalha com mulheres idosas, tem-se que as mulheres são muito mais afetadas com IU que os homens devido a fatores de risco como não só o avanço da idade, mas acompanhado das alterações hormonais que têm início no climatério com a redução da função ovariana após a menopausa, a obesidade, a gravidez e os múltiplos partos vaginais (SOUZA *et al.*, 2010).

Quanto a quarta e última amostra que é de pessoas idosas de baixa renda, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), vê-se também grande importância nesta escolha, uma vez que representa bem a população de idosos no Brasil, país considerado em desenvolvimento, com prevalência de muitas doenças crônicas e muitas desigualdades sociais.

Em relação ao tamanho das amostras, o primeiro estudo é o que tem maior amostra (2148), fato já esperado, considerando o universo extenso (idosos moradores em São Paulo). Porém o instrumento utilizado para a identificação da IU foi pouco específico, constando apenas da seguinte pergunta: “Durante os últimos doze meses você perdeu urina involuntariamente alguma vez?”.

Para o estudo com a segunda maior amostra (388), foram selecionados apenas pessoas idosas de baixa renda moradoras em uma área mais desfavorecida em São Paulo (Butantã). Além da pergunta inicial, este estudo também investigou a ocorrência da IU de esforço, a de urgência e a mista.

Embora os demais estudos (2) tenham amostras menores (100 e 39), utilizaram instrumentos específicos de avaliação da IU, validados, adaptados e traduzidos para o português.

Todos os estudos utilizaram de programas estatísticos para a análise de seus resultados, conforme Quadro 5.

QUADRO 5 -Caracterização dos estudos a partir do tipo e tratamento dos dados

	Artigo 1	Artigo 2	Artigo 3	Artigo 4
Tipo de estudo	Transversal, descritivo	Transversal, descritivo	Transversal, descritivo	Transversal, descritivo
Instrumento de coleta dos dados	Questionário estruturado	Entrevista estruturada	Entrevista semiestruturada	Questionário estruturado
Tratamento dos dados	Estatística de regressão logística multivariada.	Análise descritiva, teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher, análise de regressão logística uni e multivariada.	Teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher, Teste de Mann-Witney.	Teste de Kruskal-wallis, Qui-quadrado e Fisher.

Quanto aos resultados de prevalência de IU encontrados são apresentados no Quadro 6.

QUADRO 6 -Prevalência de incontinência urinária

Artigo	Prevalência de Incontinência Urinária					
	Geral	Masc.	Fem.	IU Urgência	IU Esforço	IU Mista
1	16,5% entre 60 e 74anos 33,3% em > ou igual 75a	11,8%	26,2%	-	-	-
2	65%	-	-	50,0%	37%	-
3	56,4%	-	56,4%	28,2%	51,3%	23,1%
4	38,4%	18,3%	50,0%	26,8%	24,2%	36,2%

Os índices em geral encontrados para a prevalência de IU em pessoas idosas foram altos e apresentaram uma variação ampla, de 16,5% a 65%. Dedicção *et al.* (2009) afirmam que, embora a IU não faça parte do envelhecimento fisiológico, é observado um aumento de sua prevalência entre pessoas idosas, sendo um problema de saúde significativa, atingindo, no mundo, mais de cinquenta milhões de pessoas.

Além disso, a variação encontrada pode ser explicada pelas diferenças de características das amostras (idosos em geral, idosos frágeis, idosas praticantes ou não de atividades físicas e idosos de baixa renda). Segundo Menezes *et al.* (2012), é difícil de se revelar dados como incidência e prevalência da IU pois, se apresentam extremamente variáveis.

No presente estudo, o menor índice (16,5%) foi encontrado em uma população de pessoas idosas cuja idade variou entre 60 e 74 anos, ao passo que os índices maiores foram obtidos em uma amostra de idosos frágeis (56,4%) seguidos de outra de mulheres idosas

(38,4%). É sabido que a fragilidade predispõe a um maior risco para o desenvolvimento da IU (SOUSA *et al.*, 2010), assim como a ocorrência desta é mais frequente entre as mulheres, e a chance de seu desenvolvimento aumenta com o aumento da idade (SILVA; LOPES, 2009; MENEZES *et al.*, 2012).

A literatura aponta uma tendência de se avaliar IU em grupos específicos da população como mulheres, idosos institucionalizados, gestantes, esportistas, entre outros para se ter um parâmetro mais preciso. Embora os estudos utilizados para a presente pesquisa tenham sido realizados apenas com pessoas idosas, demonstrando a preocupação em se trabalhar com um grupo específico, a maior parte desses estudos (3) ainda subdividiu a amostra, apresentando a prevalência em pessoas idosas distribuída por gênero.

Conforme Quadro 6, nos estudos que diferenciaram a ocorrência de IU por gênero, houve maior prevalência nas mulheres idosas e, mesmo neste gênero, houve uma grande variação desta ocorrência (26,2% a 56,4%). Em um deles, a prevalência de IU nas mulheres foi praticamente o dobro da encontrada nos homens e em um outro foi quase o triplo na proporção. Segundo Dedicção *et al.* (2009), a IU atinge principalmente as mulheres, numa relação de ocorrência de duas mulheres para um homem e, para Guarisi *et al.* (2001), a incontinência urinária feminina constitui achado relativamente comum, com prevalência de até 50% nas idosas. Segundo Reis *et al.* (2003), a pressão máxima de fechamento uretral, o comprimento uretral e as células da musculatura estriada do esfíncter alteram-se predominantemente na mulher, o que a predispõe a desenvolver IU mais que os homens. Oliveira *et al.* (2010), também tiveram êxito em demonstrar em um estudo que, idade, parto normal, parto fórcepe e peso do recém-nascido elevado guardam relação direta com a ocorrência da IU em mulheres.

Estudos levantados na literatura, que não tinham por objetivo específico identificar a prevalência de IU em pessoas idosas e que, portanto, não foram utilizados como amostra neste estudo, também mostraram variações nos índices de IU. Duarte e Rego (2007), em estudo que correlacionou depressão com doenças clínicas em pessoas idosas de um ambulatório de geriatria em Salvador (BA), evidenciaram que a IU era a ocorrência clínica mais importante, com índice de prevalência de 35,2%. Borges *et al.* (2008), em estudo sobre o perfil das pessoas idosas de um grupo de convivência de Belo Horizonte (MG), identificaram que 56,85% dos idosos apresentavam queixa de perda urinária. Em investigação sobre os diagnósticos de enfermagem encontrados em pessoas idosas hospitalizados, Souza *et al.* (2010) encontraram 6,9% de diagnósticos de enfermagem relacionados à IU. Já em estudo sobre a frequência de sintomas no último ano de vida de pessoas idosas de baixa renda em

São Paulo, Solano, Scazufca e Menezes (2011) encontraram 57,5% de relato de IU no último ano de pessoas idosas já falecidos.

Em relação à classificação da IU, apenas um estudo não a classificou. Um deles classificou a IU em de urgência e de esforço e os demais em de urgência, de esforço e mista. Para estes índices de prevalência em função da classificação, também houve uma variação significativa, só havendo proximidade nos índices encontrados para a IU de urgência nos terceiro e quarto estudos.

Estas classificações não foram investigadas por gênero, mas conforme Reis *et al.* (2003), Oliveira *et al.* (2010) e Menezes *et al.* (2012), a IU de esforço é a causa mais comum de perda urinária entre as mulheres idosas. Este fato se confirma em nosso estudo onde prevaleceu a IU de esforço no estudo realizado em mulheres idosas (51,3%), seguida da IU de urgência (28,2%) e IU mista (23,1%). Da mesma forma, Souza *et al.* (2009) encontraram em seu estudo a prevalência de IUE maior que as demais, assim Guarisi *et al.* (2001) que encontraram 35% de IU de esforço entre as mulheres.

Para Sousa *et al.* (2011), a IU de esforço pode ocorrer por hiper mobilidade da uretra ou por deficiência esfinteriana, sendo a hiper mobilidade a causa mais frequente. Barros, Lucena e Anselmo (2007) explicam que, em virtude da deficiência de estrógenos, o trato urinário inferior feminino apresenta algumas alterações, tal como a diminuição da força de contração dos músculos do assoalho pélvico, que podem provocar a perda involuntária de urina mediante esforços.

O quarto estudo apontou a prevalência da IU de urgência (26,8%) como maior que a de esforço (24,2%), porém ambas menores que a IU mista (36,2%). Também Silva e Lopes (2009) encontraram em estudo sobre as razões da não procura pelas mulheres de tratamento para a IU, um índice de 51,4% de IU mista, 34,3% de IU de urgência e 14,3% de IU de esforço, o que difere de alguns trabalhos que demonstram que a IU de esforço prevalece entre as idosas. Acreditamos que esse fato ocorre devido ao fato de os estudos serem baseados na sintomatologia (queixa clínica) e não em exames clínicos ou urodinâmicos, o que então irá fornecer índices mais elevados de IU mista.

No segundo estudo, o realizado com idosos frágeis, houve um predomínio de IU de urgência (50%), enquanto a IU de esforço foi menor (37%). Com o processo de envelhecimento, alterações estruturais do músculo detrusor, como desenvolvimento de fibroses e hipersensibilidade à noradrenalina, resultam em redução da capacidade vesical e desenvolvimento de contrações involuntárias (21), provocando sintomas de urgência miccional e/ou IUU. Em estudo sobre qualidade de vida em mulheres com diferentes tipos de IU, Dedicção *et al.* (2009) encontraram uma menor prevalência da IU de urgência entre as

mulheres. Porém, acometendo idades mais avançadas, significativamente maior se comparada à idade das pacientes dos demais grupos. A IU de urgência acomete, em maior proporção, as mais idosas por estar relacionada a alterações decorrentes da senilidade, como diminuição da capacidade vesical, perda da habilidade de adiar a micção, maior dificuldade em alterações estruturais e funcionais do esfíncter uretral frente a uma contração involuntária de baixa amplitude e também por ter como fatores predisponentes algumas doenças como: diabetes *mellitus*, demência e Parkinson.

Também na classificação da IU, os estudos de prevalência se diferem nos resultados, apresentando variações significativas, principalmente por causa das diferenças das características da população e dos métodos de investigação. De acordo com Silva e Santos (2005), mesmo em grupos específicos, a prevalência e incidência da IU, bem como a classificação destas dependem das características da população estudada como idade, sexo, condições físicas e mentais, além da definição de incontinência urinária adotada e das condições de saúde geral da população alvo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os índices de prevalência encontrados em pessoas idosas no Brasil apresentaram grande variação, com prevalência de incontinência urinária em idosos de 16,5% a 65%. Esta variação provavelmente se deve à diferença nas características das amostras, à metodologia utilizada para identificar a IU e ao tipo de amostras.

Todos os estudos possuem nível de evidência IV, onde se enquadram pesquisas não experimentais e descritivas, características de estudos de prevalência. Apesar deste tipo de delineamento, mesmo sendo fracas as evidências advindas de estudos descritivos, as mesmas não podem ser descartadas, visto que as evidências científicas para a prática de enfermagem dependem de pesquisas descritivas, correlacionais ou experimentais.

A prevalência da IU em pessoas idosas é maior entre as mulheres, com variação de 26,2% a 56,4%, enquanto entre os homens variou de 11,8 % a 18,3 %.

Quanto à classificação da incontinência urinária também houve variação, sendo a IU de esforço a mais prevalente (51,3%), seguida das de urgência (50,0%) e mista (36,2%) respectivamente. Estes resultados confirmam o que a literatura relata que é a alta prevalência da IU de esforço e de urgência entre os idosos.

Mesmo sendo a população alvo desta revisão “pessoas idosas”, as amostras definidas nos estudos tiveram características diferentes, assim como os seus tamanhos foram variados.

Os índices maiores foram identificados em grupos de mulheres idosas e de idosos frágeis, grupos que tiveram amostras selecionadas por conveniência e por voluntariado, o que demonstra um determinado interesse e associação dessas populações com o tema.

Os estudos da nossa amostra apresentaram fragilidades que consistem principalmente no tamanho e a forma de seleção das amostras, bem como o instrumento de coleta, que são fundamentais para diminuir as grandes diferenças nos resultados. Também os métodos para a realização de estudos de IU são importantes dadas às diferenças de características.

Os poucos estudos publicados evidenciam índices muito significativos de IU nas pessoas idosas brasileiras, portanto a realização deste estudo possibilitou visualizar a grandeza e importância do tema, o que evidencia a necessidade de se estabelecer políticas e implantação de programas e protocolos nos serviços acerca do assunto. Diante da importância deste agravo, para o enfermeiro, a simples identificação e caracterização da IU nas pessoas idosas já permite algum tipo de intervenção, como a comportamental, que possibilita, senão o tratamento, a melhora dos sintomas. Para as pessoas idosas, a investigação e intervenção que vier a ser realizada trarão grandes benefícios uma vez que eles subestimam os seus sintomas, omitindo-os.

Como evidenciado nos estudos, a população de pessoas idosas se caracteriza de formas diferentes, sendo necessária a realização de mais estudos em grupos diversos dessa população com características comuns, a fim de se confirmar a prevalência da IU específica neles.

REFERÊNCIAS

- BARROS, J. D.; LUCENA, A. C. T.; ANSELMO, C. W. S. F. Incontinência urinária de esforço em atletas do sexo feminino: uma revisão da literatura. **Anais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco**, v. 52, n. 2, p. 173-180, 2007.
- BERLEZI, E. M. *et al.* Estudo da incontinência urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de medicação anti-hipertensiva. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 415-423, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2012.
- BORGES, P. L. C. *et al.* Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2798-2808, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/08.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2012.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, mai./ago. 2011. Disponível em: <<http://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>>. Acesso em: 15 nov. 2012.
- BRASIL. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 04 dez. 2012.
- BURTI, J. S. *et al.* Prevalence and clinical characteristics of urinary incontinence in elderly individuals of a income. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 54, n. 2, p. e42-e46, Mar. 2012.
- CALDAS, C. P. *et al.* Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 783-788, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04 dez. 2012.
- DEDICAÇÃO, A. C. *et al.* Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 2, mar./abr. 2009.
- DELLÚ, M. C.; ZÁCARO, P. M. D.; SCHMITT, A. C. B. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 6, nov./dez. 2008.
- DUARTE, M. B; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, mar. 2007.
- FELDNER JÚNIOR, P. C. *et al.* Valor da Clínica e Exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, mar. 2002.

FIGUEIREDO, E. M. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 2, mar./abr. 2008.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, jun. 2006.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. **Rev. Esc. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVISAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, maio/jun. 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GUARISI, T. *et al.* Incontinência Urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 5, out. 2001.

HONÓRIO, M. O.; SANTOS, S. A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, jan./fev. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034>. Acesso em: 01 out. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. [on line]. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2012.

LEROY, L. S.; LOPES, M. B. M.; SHIMO, A. K. K. A incontinência urinária em mulheres e os aspectos raciais: uma revisão de literatura. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 21, n. 3, jul./set. 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a26.pdf>. Acesso em: 06 out. 2012.

LOPES, M. B. M; HIGA, R. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, jul./ago. 2005.

LOPES, M. B. M; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; v. 40, n. 1, 2006.

MACIEL, A. *et al.* Incontinência Urinária. In: MORAES, Edgar Nunes. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: COOPMED, 2008. p. 423-437.

MARQUES, F. Estudo mostra que pesquisadores da França e da Alemanha também perdem influência quando não publicam em inglês. **Revista Pesquisa FAPESP**, v. 181, n. 1, mar. 2011.

MELO, B. E. S. *et al.* Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e auto-estima em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 out. 2012.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_arttext>.
Acesso em: 15 nov. 2012.

MENEZES, G. M. D. *et al.* Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100014>. Acesso em: 01 out. 2012.

OLIVEIRA, E. *et al.* Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 6, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?lng=en>>. Acesso em: 01 out. 2012.

OLIVEIRA, J. R.; GARCIA, R. R. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr./jun. 2011.

PEDROLO, E. *et al.* A Prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, 760-763, out./dez. 2009.

PELLIZZON, R. F. Pesquisa na área da saúde: 1 - base de dados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 153-63, mar./abr. 2004.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009.

REIS, R. B. *et al.* Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 18, n. 5, p. 47-51, 2003.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-511, jun. 2007.

SANTOS, E. S. *et al.* Incontinência urinária entre estudantes de educação física. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009.

SILVA, A. P. M.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, nº 1, mar. 2005.

SILVA, L.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 72-78, 2009.

SILVA, V. A. S.; D'ELBOUX, M. J. Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São

- Paulo, v. 46, n. 5, out. 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/26.pdf>. Acesso em: 01 out. 2012.
- SILVA, V. A.; SOUZA, K. L.; D'ELBOUX, M. J. Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342011000300018&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 dez. 2012.
- SOLANO, J. P. C.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, 2011.
- SOUSA, J. G. *et al.* Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 1, p. 39-46, jan./mar. 2011.
- SOUZA, E. C. *et al.* Estudo comparativo da função do assoalho pélvico em mulheres continentas e incontinentes na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n. 6, p. 535-541, 2009.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- SOUZA, R. M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 732-741, out./dez. 2010.
- STETLER, C. B. *et al.* Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.
- TAMANINI, J. T. N. *et al.* Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brasil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1756-1762, Aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800011>. Acesso em: 07 dez. 2012.
- VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out. 2007.
- VIRTUOSO, J. F.; MAZO, G. Z.; MENEZES, E. C. Urinary Incontinence and perineal muscle function in physically active and sedentary elderly women. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 15, n. 4, 2011.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5 p. 546-553, 2005.

APÊNDICE A - Instrumento criado para coleta dos dados

Publicação

Código do Artigo	
Título do Periódico	
Título do Artigo	
Base de dados	
Ano de Publicação	
Idioma	<input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol
Local da realização da pesquisa	
Número de Autores	
Profissão dos Autores (primeiro autor, se mais de um)	
Titulação dos Autores (primeiro autor, se mais de um)	<input type="checkbox"/> Pós-doutorado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Acadêmico <input type="checkbox"/> Não Informado

Pesquisa

Código do Artigo	
Tipo de Estudo	
Objetivo	
Amostra	Características:
	Tamanho:
	<input type="checkbox"/> Masculina e feminina <input type="checkbox"/> Masculina <input type="checkbox"/> Feminina
	Tipo de Seleção:
	Cálculo Amostral: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Informado
	Crítérios de Inclusão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Informado
	Crítérios de Exclusão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Informado
	Grupo Controle: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Informado
Nível de evidência	
Incontinência Urinária	Classificação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Tipos: <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Esforço <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Transbordamento <input type="checkbox"/> Funcional
Prevalência	Geral:
	Masculina:
	Feminina:
	Por tipos: Urgência: Esforço: Mista: