



Incontinência urinária, senso de controle e autonomia, e participação social em idosos residentes na comunidade

Urinary incontinence, sense of control/autonomy and social participation in community-dwelling older adults

Ediane Pereira Machado Silva¹

Flávia Silva Arbex Borim^{1,2}

Mariana Bianchi¹

Mônica Sanches Yassuda^{1,3}

Anita Liberalesso Neri^{1,4}

Samila Sathler Tavares Batistoni^{1,3}

Resumo

Objetivo: Identificar a presença de sintomas de incontinência urinária (IU) e testar um modelo de associações diretas e indiretas com as variáveis psicossociais senso de controle/ autonomia e participação social em idosos residentes na comunidade. **Método:** Estudo transversal, realizado com 419 idosos de 72 anos ou mais (70,2% feminino) participantes das medidas de seguimento do Estudo Fibra-Polo Unicamp. Idade, sexo e escolaridade foram as variáveis sociodemográficas selecionadas como antecedentes das relações entre IU e participação social. Senso pessoal de controle e autonomia foi testado como mediador dessas relações em análise de caminhos via método de equações estruturais (*Path Analysis*). **Resultados:** A IU foi relatada por 38% da amostra, com diferenças significativas entre os sexos (41% feminino versus 31,3% masculino). Foram propostos três níveis de participação social a partir do grau de envolvimento dos indivíduos com a sociedade. O modelo de associações explicou 15% da variância em participação social. Efeitos diretos foram encontrados entre controle e autonomia e participação social. Efeitos indiretos entre escolaridade e participação foram mediados pela presença de IU. **Conclusão:** IU contribuiu para a restrição em participação social em todos os níveis. Controle e autonomia não se mostrou um mediador psicológico para as relações entre IU e participação, embora associada a ambas variáveis. A presença de IU potencializou as relações desvantajosas entre escolaridade e participação social. Enquanto fatores de natureza modificável, iniciativas clínicas e psicossociais sobre IU podem resultar em diminuição de efeitos psicológicos negativos e redução de desigualdades educacionais em participação social.

Palavras-chave:

Incontinência Urinária. Saúde do Idoso. Participação Social. Qualidade de Vida.

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Campinas, SP, Brasil.

² Universidade de Brasília, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências de Saúde. Brasília, DF, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Programa de Pós-graduação em Gerontologia. São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, Brasil.

Financiamento da pesquisa: CAPES/PROCAD número 2972/2014-01 (Projeto nº 88881.068447/ 2014-01), FAPESP número 2016/00084-8 e CNPq número 424789/2016-7.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Samila Sathler Tavares Batistoni
samilabatistoni@usp.br

Recebido: 07/10/2021

Aprovado: 14/03/2022

Abstract

Objective: Identify the presence of urinary incontinence (UI) symptoms and test a model of direct and indirect associations with the psychosocial variables sense of control/autonomy and social participation in community-dwelling older adults. **Method:** Cross-sectional study conducted with 419 adults aged 72 years or over (70.2% female) participating in the follow-up survey of the FIBRA Study - Polo Unicamp. Age, sex and educational level were the sociodemographic variables selected as antecedents of the relationship between UI and social participation. A sense of control/autonomy was tested as a mediator of these relationships in a path analysis through structural equation modelling. **Results:** UI was reported by 38% of the sample, with significant differences according to sex (41% female versus 31.3% male). Three levels of social participation were proposed, based on the degree of interaction between the individual and society. The model of relationships explained 15% of the variance in social participation. Direct effects were observed between control/autonomy and social participation; indirect effects between education and participation, mediated by the presence of UI. **Conclusion:** UI contributed to restrictions in social participation at all levels. Control/autonomy, although related, did not prove to be a psychological mediator for the relationship between UI and participation. The presence of UI potentialized the disadvantageous relationships between education and social participation. As modifiable factors, the treatment and management of UI through clinical and psychosocial initiatives can act to reduce negative psychological effects and reduce socioeconomic inequalities in social participation.

Keywords: Urinary Incontinence. Health of the Elderly. Social Participation. Quality of life.

INTRODUÇÃO

No rol de sintomas e sinais utilizados nos inquéritos epidemiológicos de saúde, o relato de “perda involuntária de urina no último ano” é uma estratégia simples e útil para operacionalizar e estimar presença de incontinência urinária (IU) em idosos residentes na comunidade¹. A resposta afirmativa à questão é importante marcador de morbidade em saúde e de pior funcionalidade física e cognitiva, com repercussões negativas sobre a qualidade de vida e a qualidade do sono e como fator agravante de condições tais como fragilidade, quedas, hospitalização, institucionalização e morte^{2,4}.

Independente da classificação clínica, estima-se que 50% das mulheres apresentem sintomas de IU ao longo da vida. A prevalência de IU é maior entre as mulheres do que entre os homens (60% a 30%)^{1,2,5}. Com base em revisão sistemática e meta-análise, estima-se prevalência de 37,1% de IU em mulheres idosas, com índices variando entre 29,6 e 45,4%¹. As mulheres idosas são cerca de duas vezes mais susceptíveis à IU dos que os homens idosos^{2,6}.

Com apoio em dados da literatura de pesquisa clínica, pode-se dizer que idosos com IU apresentam probabilidade aumentada de restrições ao desempenho de atividades diárias de autocuidado e participação social, de aumento de sentimentos de solidão e isolamento social e de aumento do risco para depressão e ansiedade⁷⁻¹⁰. Os reflexos negativos da IU sobre a participação social constituem uma barreira potencial frente às metas públicas e clínicas de promover o envolvimento e a manutenção da participação social na velhice. Definido como o “envolvimento em atividades que proporcionam interações com outras pessoas da comunidade”¹¹, participação social é um conceito altamente valorizado em Gerontologia, sendo considerado um dos pilares da promoção do Envelhecimento Ativo e da Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030)¹². Idosos com IU são menos prováveis de se engajar em atividades sociais fora de casa, como sair para fazer compras ou frequentar a igreja ou serviços religiosos^{13,14}, conforme evidências provenientes de amostras com diferentes condições sociodemográficas³ e culturais¹⁵.

Repercussões psicológicas derivadas de constrangimentos sociais e de hiper vigilância psicológica frente aos episódios de escape urinário podem contribuir para a redução da probabilidade de envolvimento em atividades sociais de lazer, exercícios físicos, festividades e trabalhos voluntários¹⁶. A presença de IU na velhice é associada às experiências pessoais e a atitudes sociais que envolvem senso de perda de controle e autonomia sobre a própria vida, dependência, fragilidade e isolamento social^{17,18}.

Enquanto indicador da agência humana, senso positivo de controle e autonomia é importante pré-requisito para a participação em sociedade¹⁹. Medidas psicológicas operacionalizam senso de controle e autonomia a partir da concordância ou discordância dos indivíduos com itens que expressam o exercício da livre escolha e a superação de limitações ou barreiras sociais, econômicas ou de saúde, para o alcance de resultados esperados²⁰.

Associações entre indicadores positivos de controle e autonomia e o envolvimento e a manutenção da participação em atividades sociais são relatados em estudos com grandes amostras populacionais²⁰⁻²². As evidências sugerem que, se as medidas desses construtos são afetadas pela presença de IU, elas guardam também o potencial de afetar a participação social de idosos, atuando ora como fator de risco, ora como fator de proteção ou recurso pessoal de resiliência contra a restrição em atividades sociais²³⁻²⁵.

Embora as literaturas gerontológica e geriátrica evidenciem as repercussões psicossociais da IU, há relativamente pouco investimento na investigação dos fatores psicológicos que podem estar envolvidos nas relações entre IU e participação de idosos em atividades sociais^{18,26-27}. As interrelações entre condições de gênero, idade e escolaridade, que expõem diferentemente os idosos às oportunidades e escolhas para envolvimento em atividades sociais, podem influenciar a magnitude dessas relações. Podem ser mediadas por fatores psicológicos que promovem ou diminuem a probabilidade de participação social

na velhice²⁷. Os sentidos de controle sobre a vida e de autonomia pessoal podem ser afetados pela IU e podem afetar a participação de idosos em atividades sociais²⁸. Identificar a magnitude dessas relações permite explorar caminhos para intervenções clínicas e psicossociais.

Portanto, o presente estudo buscou identificar a presença de sintomas de incontinência urinária (IU) e testar um modelo de associações diretas e indiretas entre as variáveis psicossociais, senso de controle/autonomia e participação social em idosos residentes na comunidade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal, de base populacional, baseado em dados de seguimento de uma coorte de idosos realizada pelo Estudo Fibrá - Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros²⁹. Em 2016-2017, idosos residentes em Campinas e em Ermelino Matarazzo, subdistrito da Cidade de São Paulo (SP), Brasil, foram contactados novamente para coleta de dados e análises longitudinais baseadas no seguimento dessa coorte. Listas de endereços domiciliares registrados nos bancos de dados da linha de base realizada em 2008-2009 foram utilizadas para o recrutamento de idosos para as medidas de seguimento. Recrutadores treinados efetuaram busca ativa dos idosos por até três ocasiões nos endereços. Informantes ou familiares encontrados por ocasião do recrutamento foram contactados, para estarem presentes junto aos idosos no momento da entrevista ou para oferecer informações a respeito de idosos que apresentaram comprometimentos cognitivos (identificados pela aplicação do MEEM – Mini-Exame do Estado Mental³⁰).

A Figura 1 apresenta o fluxograma de composição da amostra de seguimento do Estudo Fibrá. Excluídas as perdas amostrais, as respostas dadas por informantes ou familiares e os óbitos, 419 idosos responderam integralmente ao protocolo de pesquisa.

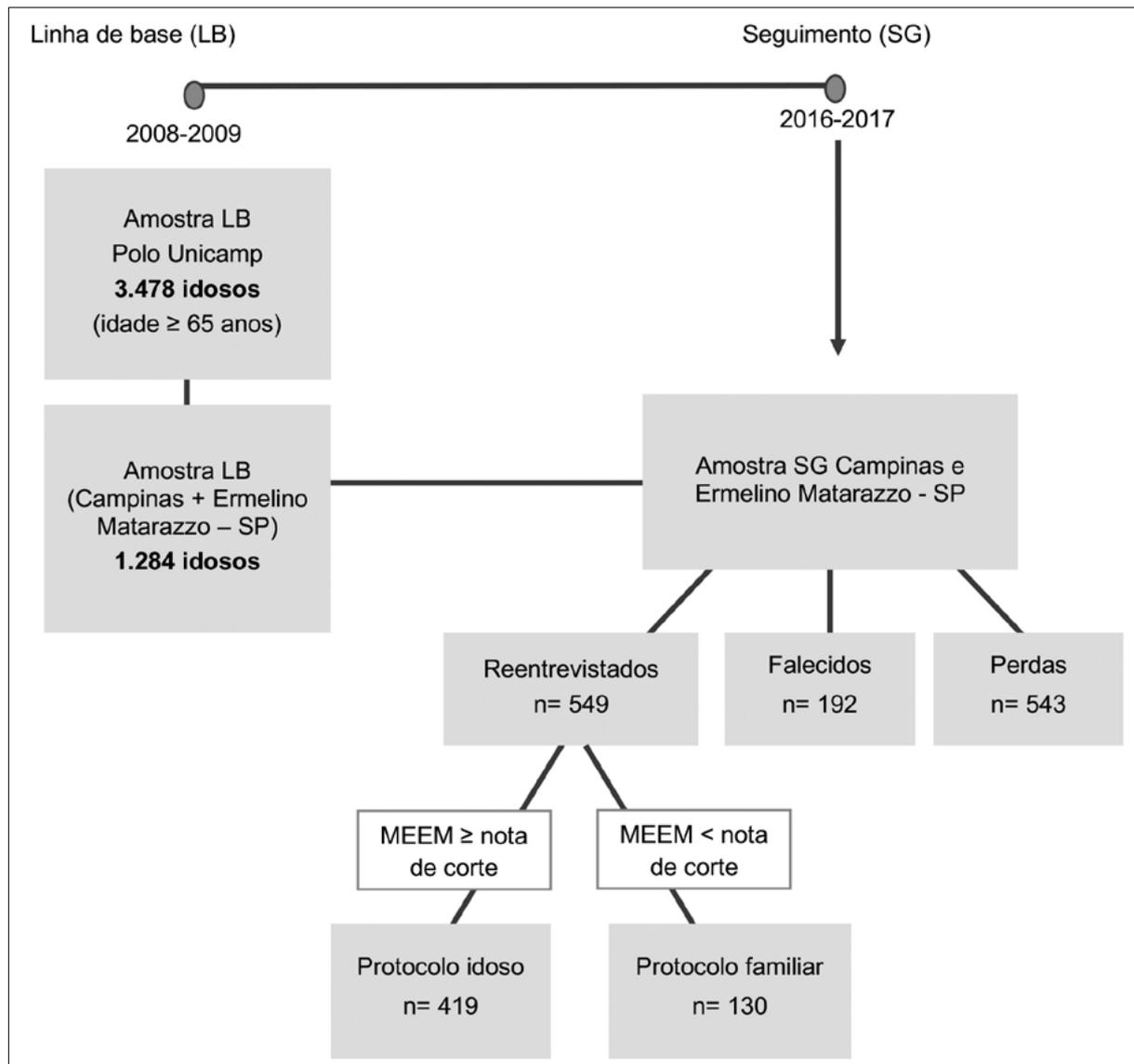


Figura 1. Fluxograma referente à composição da amostra do Estudo Fibra na linha de base e na medida de seguimento. Estudo Fibra, Idosos, Campinas e Ermelino Matarazzo, SP, Brasil, 2008/2009 e 2016/2017.

Para o presente estudo, foram utilizadas informações selecionadas sobre 419 idosos que participaram da medida de seguimento. Os seguintes critérios de inclusão aplicaram-se a eles: ter participado da coleta de dados nas medidas de base (2008-2009); estar esclarecido e aceitar participar de nova coleta; pontuar acima da nota de corte para rastreamento de declínio cognitivo no MEEM³⁰, ajustado por escolaridade: 17 pontos (analfabetos); 22 pontos (1-4 anos de estudo); 24 pontos (5-8 anos de estudo) e 26 (9 ou mais anos de estudo).

Para identificar a presença de IU na amostra, utilizou-se um dos itens do inventário de sintomas e sinais em saúde correspondente a pergunta: “Nos últimos 12 meses, o senhor(a) apresentou perda involuntária de urina?”. Respostas afirmativas discriminaram presença de IU e respostas negativas discriminaram a ausência de IU.

Para identificar participação social foram utilizadas respostas ao Inventário de Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD). Esse inventário

foi desenvolvido para o estudo a partir de Reuben et al.³¹ e Baltes et al.³², para identificar o envolvimento de idosos em um conjunto de atividades sociais de lazer, realizadas no tempo livre e independentes de trabalho remunerado; voluntariado, atividades educacionais e participação social na comunidade. É composto por 26 itens, cada um com três opções de resposta: “1= “nunca fiz”; 2= “deixei de fazer”; 3= “ainda faço”.

Das 26 atividades do inventário, 10 foram classificadas pelos presentes autores como correspondentes ao conceito de participação e à taxonomia de atividades sociais proposta por Levasseur et al.¹¹. Tais autores conceituam participação como o envolvimento em atividades que proporcionam interações com outras pessoas na comunidade, atividades essas que podem ser organizadas por níveis de complexidade. Esses níveis espelham necessidades, proximidade ou repercussões do indivíduo, de grupos e da sociedade¹⁵.

À luz da taxonomia de Levasseur et al.¹¹, 10 itens do Inventário de AAVD's referentes à participação social, incluindo as atividades “fazer visitas” e “receber visitas”, foram classificadas como atividades sociais proximais, por serem menos complexas, por exigirem menor deslocamento ou esforço físico e por serem iniciadas e mantidas pela própria pessoa. As atividades “manter contato por carta ou telefone com amigos e familiares” e “usar e-mail ou redes sociais para se comunicar com amigos e familiares” também foram classificadas como atividades proximais, porém, mediadas por alguma tecnologia. As atividades “ir à igreja para rituais religiosos ou para atividades sociais ligadas à religião”, “participar de reuniões, festas ou bailes”, “encontrar-se com pessoas em locais públicos, restaurantes, cinemas, teatros, concertos, clubes, etc” e “participar de universidade aberta à terceira idade, centros de convivência ou cursos de atualização” foram classificadas como atividades sociais intermediárias, que podem exigir mais recursos da funcionalidade e maior deslocamento geográfico, podem envolver interação entre pessoas e podem ser mediadas por instituições sociais. Foram classificadas como atividades distais aquelas que pressupõem trocas ou oferta de capital social, maior exigência funcional e interações sociais mais amplas entre o indivíduo e

a sociedade. Foram elas “fazer trabalho voluntário” e “participar de diretorias, conselhos de associações ou clubes, escolas, sindicatos, cooperativas, centros de convivência, ou atividades políticas”. Um escore total para cada nível de participação foi identificado a partir das respostas nunca fiz (1), deixei de fazer (2) ou ainda faço (3), emitidas em resposta a cada item.

Senso de controle e autonomia foi identificado a partir das respostas dos idosos a seis itens da escala CASP-19 (Fator 2), em sua versão para o português²⁰⁻²¹. Originalmente desenvolvida no Reino Unido, a escala mede qualidade de vida na velhice a partir de um modelo teórico de satisfação de necessidades psicológicas (controle, autonomia, autorrealização e prazer, palavras que deram origem ao acrônimo CASP-19), expressas em 19 itens com quatro intensidades cada um (0 a 3). A pontuação na escala total pode variar de 0 a 57. Na versão brasileira da escala, os seis itens correspondentes ao fator controle e autonomia (Fator 2) podem totalizar de 0 a 18 pontos (itens 1, 2, 4, 6, 8, e 9; de 0 =nunca; 1 =de vez em quando, 2 =quase sempre a 3 =sempre). Esses itens alcançaram um α de Cronbach =0,67, um indicador de consistência interna de nível intermediário²¹. As variáveis sociodemográficas idade, sexo e escolaridade foram selecionadas para descrever a amostra e identificar condições antecedentes nas análises de relações com as demais.

Foram realizadas análises descritivas das variáveis de interesse com frequências absolutas e relativas para os dados categóricos e medidas de posição e dispersão para os dados quantitativos. Foram estimadas as distribuições percentuais e respectivos intervalos de confiança de 95%.

O teste não-paramétrico de correlação de postos de Spearman foi usado para estimar a magnitude e a significância estatística das associações bivariadas. A partir da análise da matriz de correlação foi possível gerar um entendimento sobre o comportamento dos dados, antes de partir para análises mais avançadas. O nível de significância adotado para os testes foi de 95% ou $p < 0,05$.

A análise de caminhos via método de equações estruturais (*path analysis*) foi utilizada para testar as relações diretas e indiretas entre variáveis observáveis selecionadas. Não foram utilizadas variáveis recursivas

e latentes³³. Foi formulado um modelo hipotético de relações, com a seguinte ordenação: a) indicadores de idade, sexo e escolaridade foram considerados antecedentes a todas as variáveis em estudo; b) a presença de IU foi considerada antecedente ao senso de controle/autonomia e aos indicadores de participação social; c) senso de controle e autonomia foi proposta como variável associada à participação, assim como variável mediadora das relações indiretas entre IU e participação social.

Para analisar a qualidade do ajuste dos dados ao modelo proposto, foram feitos testes de significância para os coeficientes dos caminhos (expressos por betas; $t > 1,96$). Os parâmetros adotados para aceitação do modelo foram: teste do qui-quadrado $> 0,05$; razão do qui-quadrado (X^2/GL) < 2 ; SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) $\leq 0,10$; RMSEA (Root Mean Square Error of Aproximation) $\leq 0,08$; CFI (Comparative fit index) $\geq 0,90$; e TLI (Tucker-Lewis index) $\geq 0,90$ ³³.

Este estudo teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em 15/12/2014, mediante o parecer 907.575, CAAE 39547014.0.1001.5404; pelo parecer 1.332.651, de 23/11/2015, CAAE 49987615.3.0000.5404 e pelo parecer 3.502.189, CAAE 16559119.7.0000.5404. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido no qual foram explicitados os objetivos do estudo, o conteúdo das entrevistas e os compromissos éticos dos pesquisadores para com os participantes.

RESULTADOS

Do total de participantes (N=419), a maioria era do sexo feminino (69,9%), com 80 anos ou mais (55,9%), grau de escolaridade entre 1 e 4 anos (58,2%). Observou-se que 38% dos idosos apresentam incontinência urinária e 59,1% apresentam controle e autonomia acima da mediana de 14 pontos. Quanto à manutenção da participação social, a maior parte da amostra relatou manter-se envolvida em pelo menos uma atividade, assim com nas atividades sociais mediadas por tecnologia (75,4%). O envolvimento

em atividades sociais intermediárias revelou maior variação com as maiores porcentagens de idosos participando em uma a três atividades; 72,9% não relataram envolvimento em atividades sociais distais (Tabela 1).

Em análises comparativas pelo teste qui-quadrado de Pearson, a presença de IU diferenciou-se de forma estatisticamente significativa entre os sexos (41% feminino versus 31,3% masculino; $p=0,036$), quanto à participação específica na atividade social intermediária “participar de reuniões, festas ou bailes” (33,3% dos idosos com IU participavam; 43% não participavam; $p=0,01$), em todos os itens individuais para medir controle/autonomia (menor frequência em pontuações que expressam melhor controle/autonomia; $p < 0,05$).

Na Tabela 2 está descrita a magnitude das correlações entre as variáveis. Foram significativas, mas de baixa magnitude, as correlações negativas entre idade x gênero e escolaridade x controle/autonomia. IU correlacionou-se negativamente com controle/autonomia e com participação em atividades sociais e proximais mediadas por tecnologia. Maior controle/autonomia correlacionou-se com participação em atividades sociais proximais. A participação em atividades sociais proximais mediadas por tecnologia apresentou o maior número de correlações negativas com idade, escolaridade, controle/autonomia e atividades sociais proximais, assim como apresentou correlação positiva com sexo (feminino).

Sexo, idade e escolaridade foram testadas como covariáveis nas análises dos caminhos entre IU, controle/autonomia e participação social. Após a segunda revisão e a retirada de caminhos não significativos entre as variáveis, foram obtidos valores aceitáveis para todos os critérios de adequação de ajuste do modelo proposto. Na Figura 2 estão representados os caminhos testados que permaneceram no modelo final de relações ($R^2 = 0,16$). Os valores para os testes foram: qui-quadrado = 0,14; razão de qui-quadrado (X^2/GL) = 0,00; SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) = 0,03; RMSEA (Root Mean Square Error of Aproximation) = 0,03; CFI (Comparative fit index) = 0,97; e TLI (Tucker-Lewis index) = 0,94.

Tabela 1. Caracterização da amostra segundo variáveis sociodemográficas, presença de IU, controle e autonomia e participação social. Estudo Fibra, Idosos, Campinas e Ermelino Matarazzo, SP, Brasil, 2016/2017.

Variáveis	N(%)	IC 95%
Sexo		
Feminino	293(69,9)	65,3 - 74,1
Masculino	126 (30,1)	25,8 - 34,6
Idade (M=72,6±5,9)		
65-79 anos	185(44,1)	39,4 - 48,9
≥ 80 anos	234(55,9)	51,3 - 60,5
Escolaridade (em anos)		
Sem escolaridade formal	57(13,6)	10,6 - 17,0
1-4	244(58,2)	53,4 - 62,9
≥5	118(28,2)	24,4 - 32,7
Incontinência Urinária		
Não	260(62,0)	23,7 - 66,5
Sim	159(38,0)	33,4 - 42,8
Controle e Autonomia		
Abaixo da mediana (<14 pontos)	153(40,9)	33,4 - 42,8
Acima da mediana (≥14 pontos)	221(59,1)	57,1 - 66,5
Participação Social		
Nível Proximal		
Nenhuma	44(10,6)	7,9 - 13,9
1 atividade	313(75,4)	71,3 - 79,3
2 atividades	58(14,0)	10,9 - 17,6
Nível Proximal mediado por tecnologia		
Nenhuma	44(10,6)	7,9 - 13,9
1 atividade	313(75,4)	71,3 - 79,3
2 atividades	58(14,0)	10,9 - 17,6
Nível Intermediário		
Nenhuma	44(10,6)	7,9 - 13,8
1 atividade	122(29,2)	25,7 - 33,8
2 atividades	127(30,5)	26,2 - 35,6
3 atividades	109(26,1)	22,1 - 30,5
4 atividades	15(3,6)	2,1 - 5,8
Nível Distal		
Nenhuma	304(72,9)	68,4 - 76,9
1 atividade	90(21,6)	17,8 - 25,8
2 atividades	23(5,5)	3,6 - 8,1

Tabela 2. Matriz de correlações entre as variáveis sociodemográficas, IU, controle e autonomia (C/A) e níveis de participação social. Estudo Fibra, Idosos, Campinas e Ermelino Matarazzo, SP, Brasil, 20016/2017.

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Idade	1								
2.Sexo	-0,10*	1							
3.Escolaridade	0,07	0,07	1						
4.IU	0,00	0,04	0,06	1					
5.C/A	0,04	0,02	0,14**	-0,21**	1				
6.Proximal	0,00	0,07	0,02	-0,11*	0,17**	1			
7.Mediada	-0,13**	0,12*	0,24**	-0,11*	0,18**	0,22**	1		
8.Intermediária	-0,08	0,16*	0,13*	-0,08	0,22**	0,35**	0,25**	1	
9.Distal	-0,10*	0,02	0,09	-0,03	0,15**	0,18**	0,06	0,33**	1

*p<0,05;**p<0,01.

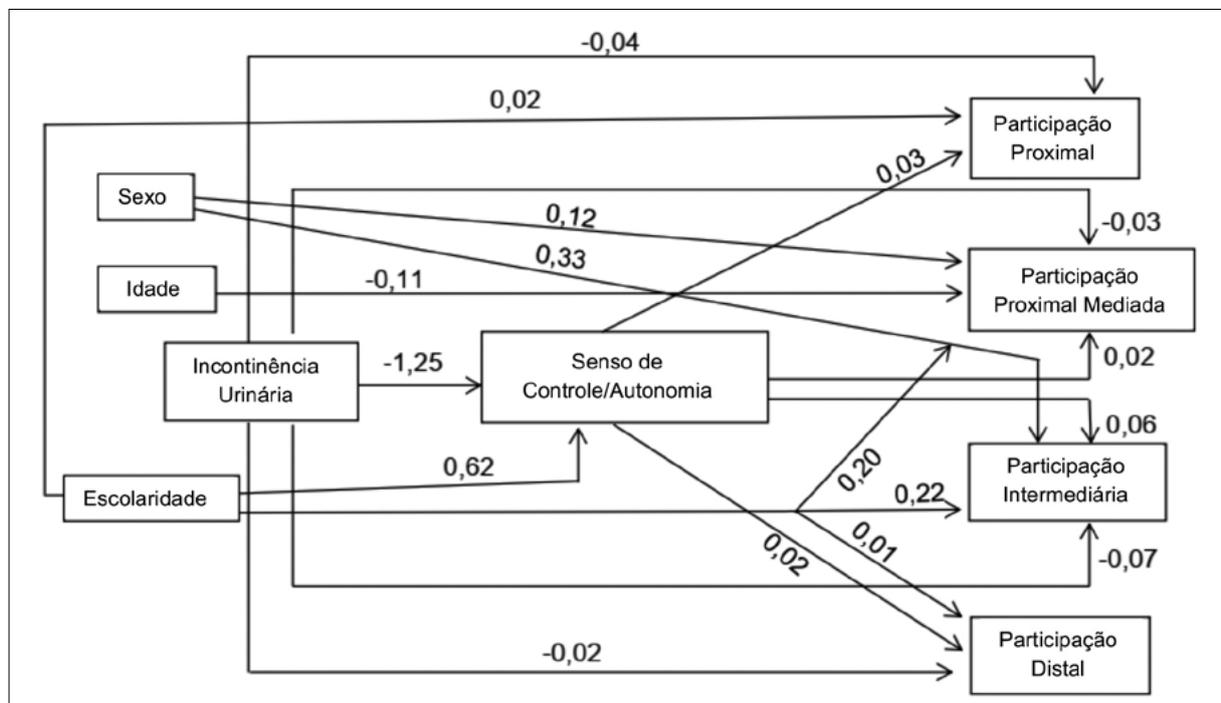


Figura 2. Diagrama de representação das associações significativas entre as variáveis testadas via *Path Analysis*. Estudo Fibra, Idosos, Campinas e Ermelino Matarazzo, SP, Brasil, 2016/2017.

Nos testes de efeitos diretos, o senso de controle e autonomia foi afetado por IU ($\beta=-0,17$; $p<0,01$), afetou todos os níveis de participação social ($p<0,01$) e não demonstrou efeito indireto que sugerisse ser mediador das relações indiretas

entre essas variáveis. Os testes de efeitos indiretos entre as variáveis identificaram que IU atuou como variável mediadora das relações indiretas entre escolaridade e todos os níveis de participação social (Figura 3).

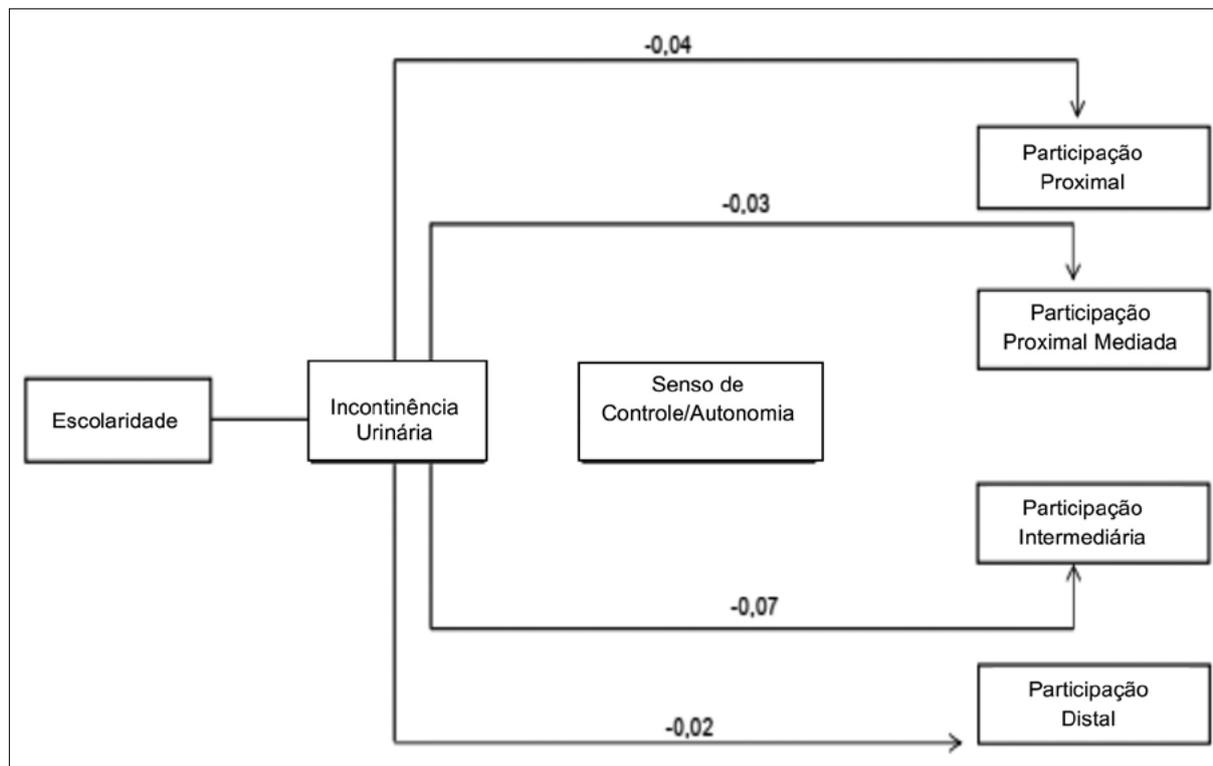


Figura 3. Diagrama de representação dos efeitos indiretos entre as variáveis em estudo. Estudo Fibra, Idosos, Campinas e Ermelino Matarazzo, SP, Brasil, 2016/2017.

DISCUSSÃO

Em percentual semelhante ao encontrado nos estudos de revisão¹⁻⁶, IU revelou-se como bastante frequente entre idosos residentes na comunidade, com evidências de repercussões sobre a participação social.

Por meio de item único de levantamento de sintomas e sinais na população, 38% da amostra relatou a ocorrência de perda involuntária de urina nos últimos 12 meses. Tal percentual encontra-se dentro do intervalo de 29,6% a 45,4% estimado por estudo de metanálise sobre a prevalência de IU em mulheres idosas. Houve diferenças na prevalência de IU entre os sexos (41% feminino *versus* 31% masculino). Porém, apesar de significativa, não apresentou a mesma magnitude observada em estudos que mostraram que a prevalência entre os homens é de cerca de duas vezes menor do que entre as mulheres¹⁻⁴. A composição da amostra, considerando a variável sexo e o fato de os homens serem mais velhos do que as mulheres, terá contribuído para a alta prevalência de IU entre os homens da amostra deste estudo.

A prevalência de IU em homens tende a ser maior com o aumento da idade. O estudo de Kessler et al.³⁴ com idosos brasileiros, descreveu que, em comparação com homens de 60 a 64 anos, homens com mais de 75 anos têm prevalência de IU de 17,9% e razão de chance de 4,61 (1,97-10,79). Mulheres com 75 anos e mais apresentaram prevalência de 33,8% e razão de chance de 1,69 (1,26-2,27) em comparação com mulheres de 60 a 64 anos.

Outras características interessantes da amostra revelaram-se por meio do exame das correlações realizadas. O aumento em idade associou-se com redução na participação em atividades proximais mediadas por tecnologia e em atividades distais. Esses dois tipos de participação envolvem atividades com maior exigência funcional de natureza cognitiva e física. No que se refere às atividades mediadas por tecnologia, menos inclusão, menos recursos cognitivos e competências digitais menos desenvolvidas são comuns entre as coortes mais velhas, reduzindo chances de manutenção da participação social por dispositivos móveis ou computadores pessoais^{10,16}.

Maior exigência em atenção, memória e velocidade no processamento de informações podem diminuir o envolvimento com tecnologias, mesmo em amostras cognitivamente saudáveis¹⁹. Atividades distais envolvem, em geral, oferta e troca de capital social, ou seja, de conhecimentos, habilidades, recursos socioemocionais e físicos, maior uso do tempo e mais deslocamentos geográficos^{10-11, 16, 23-24}.

Sexo feminino e nível mais alto de escolaridade associaram-se com manutenção na participação em atividades mediadas por tecnologia e em atividades de nível intermediário. Mulheres idosas tendem a relatar maior participação em atividades fora de casa, que envolvem lazer e socialização, tais como as que ocorrem em festas, clubes, igrejas ou centros de convivência^{11,12}.

Nível mais alto de escolaridade entre os idosos também revelou correlação com maior senso de controle/autonomia. Escolaridade amplia o acesso a informações, oportunidades e renda para manutenção em atividades sociais realizadas fora do domicílio ou mediadas por tecnologia, assim como beneficia os níveis de confiança nas próprias capacidades. Medidas de controle/autonomia correlacionaram-se com manutenção da participação social em todos os níveis, replicando a literatura que defende ser esse um recurso importante na promoção do funcionamento social²³. A presença de IU correlacionou-se com diminuição desse recurso e com redução na participação em atividades proximais e proximais mediadas. Por geralmente envolver o círculo de relações sociais mais íntimo, esse nível de participação é altamente afetado por fatores psicológicos de natureza motivacional e emocional, mostrando-se reduzido em quadros de depressão e de experiências de solidão^{16,26-28}.

A proposição de um modelo de associações entre as variáveis em estudo permitiu especificar uma lógica de atuação e de influência entre as variáveis, assim como revelou a influência de variáveis que não se correlacionam nas análises dessa natureza.

Baseadas no modelo hipotético inicial, todas as variáveis de interesse mantiveram-se presentes no modelo, sendo idade e sexo as variáveis com

o menor número de associações com as demais. Entre as variáveis sociodemográficas, a escolaridade apresentou associações com um maior número de variáveis. Controlada pelas demais variáveis, a escolaridade afetou positivamente todos os níveis de participação social. Com maior magnitude, escolaridade se associou ao senso de controle/autonomia ($\beta=0,62$), sugerindo ser uma variável de curso de vida importante na manutenção desse recurso psicológico, em face dos desafios da velhice.

O nível educacional é considerado como um dos componentes do desenvolvimento pessoal e social e, como tal, exerce papel central nas desigualdades e iniquidades em saúde e qualidade de vida²⁸. No estudo de revisão de Batmani et al.¹, altos níveis de escolaridade foram relevantes na diminuição da incidência de IU em quatro estudos revisados. É interessante notar, entretanto, que embora nas relações múltiplas a escolaridade não tenha se associado à presença de IU, nas análises de efeitos indiretos, os efeitos da escolaridade sobre os níveis de participação social foram mediados pela presença de IU. Os resultados sugerem que, na presença de IU, as desigualdades educacionais em participação social podem ser ampliadas²⁸.

No modelo testado, todos os níveis de participação foram afetados por IU, embora com associações de magnitude fraca. Isso sugere a atuação de outras variáveis na determinação da participação social. As literaturas clínica e epidemiológica registra que IU geralmente se manifesta no contexto de outras doenças crônicas e alterações da funcionalidade física e cognitiva^{1,4}.

A magnitude da influência de IU sobre o senso de controle/autonomia ratificam seu potencial em atuar negativamente sobre as autoavaliações que os indivíduos fazem de si e de suas competências no exercício da agência pessoal⁴. Curtis, Huxford e Windsor²³ identificaram associações longitudinais robustas entre senso de controle e participação social em estudo realizado com *114.126 adultos de meia idade e idosos alemães (40 a 78 anos)*. Os resultados sustentaram evidências de causalidade para o senso de controle percebido em análises derivadas de três ocasiões. Segundo os autores, controle percebido

pode promover a participação entre os mais velhos, por afetar seu senso de confiança em sua capacidade de alcançar resultados, maior propensão a escolher atividades mais complexas, maior persistência e emprego de estratégias para superar desafios.

Embora tenha revelado associações importantes com ambos os fenômenos, no presente estudo as análises dos efeitos indiretos entre as variáveis não sustentou a hipótese de atuação como um mediador psicológico entre IU e participação social. É possível que outros aspectos subjetivos, tais como as autoavaliações de saúde e funcionalidade, assim como indicadores de motivação sejam aspectos elegíveis para tal mediação³⁴. Apesar disso, o potencial da proposição e teste de modelos de associações no estudo das repercussões da IU foi evidente. Participação social na velhice é fenômeno complexo e multideterminado. Mesmo assim, o modelo explicou 15% da variabilidade dos dados. Os caminhos que se mantiveram significativos, assim como a identificação dos efeitos indiretos sugerem aplicações no âmbito das decisões e práticas de atenção aos idosos e de promoção do envelhecimento ativo.

Com base nos fatores modificáveis presentes no modelo, a participação social pode ser estimulada, considerando fatores contextuais, de curso de vida, de saúde e psicológicos. Estratégias que visam a aumentar o conhecimento dos idosos a respeito da IU enquanto uma condição tratável e/ou gerenciável e o acesso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas podem repercutir positivamente sobre as autoavaliações que os idosos fazem de si mesmos, de seu próprio envelhecimento e das oportunidades para se manterem socialmente ativos^{4,35}.

Há evidências de eficácia e respostas clínicas positivas quanto à utilização de estratégias não farmacológicas isoladas ou combinadas para gerenciamento da IU em idosos⁵. Estas envolvem apoio em mudanças comportamentais e em rotinas higiênicas, fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico em contexto de orientação educativa,

reorganização de rotinas, utilização de dispositivos de apoio e encorajamento psicológico³⁵. Estratégias de natureza psicossocial, que envolvam oportunidades de reestruturação de crenças e atitudes sobre o próprio *self* podem repercutir nos níveis de participação social.

Considerações especiais podem ser feitas frente a possíveis limitações metodológicas do presente estudo. Embora a utilização da análise de caminhos (*path analysis*) especifique relações e demonstre vantagens, sua aplicação aos dados coletados segundo delineamento transversal não permite afirmações sobre causalidade. Outra observação é a de que a amostra foi composta apenas por idosos sem déficit cognitivo sugestivo de demência, uma condição altamente associada à IU e com implicações para a compreensão da participação social. Futuros trabalhos poderão investir em dados longitudinais e em inclusão de outras variáveis importantes, como os déficits cognitivos, para aumentar o poder explicativo e preditivo do modelo.

CONCLUSÃO

O teste de um modelo de associações evidencia que a presença de IU contribui para a restrição em participação social. As avaliações que idosos fazem a respeito do grau em que percebem exercer controle e autonomia sobre a vida também sofreram a influência negativa da presença de IU. A presença de IU potencializou as relações desvantajosas entre escolaridade e participação social. Medida de controle/autonomia, embora associada a ambos os fenômenos, não se revelou como variável mediadora da relação entre IU e participação social.

O investimento teórico no fortalecimento de modelos multidimensionais para a explicação das repercussões psicossociais da IU em idosos pode resultar em caminhos para intervenções sobre os fatores modificáveis dessa condição.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

REFERÊNCIAS

1. Batmani S, Jalali R, Mohammadi M, & Bokae S. Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Geriatr.* 2020; 21(1):1-17. doi:10.1186/s12877-021-02135-8
2. Moon S, Chung HS, Kim YJ, et al. The impact of urinary incontinence on falls: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2021;16(5):e0251711. doi:10.1371/journal.pone.0251711
3. Ulrich V, Alexander S, Bós AJG. Quality of life and mortality of Brazilian nonagenarians and centenarians with urinary incontinence. *PAJAR, Pan Am. J. Aging Res.* 2020; 8(1):e38763-e38763. doi:10.15448/2357-9641.2020.1.38763
4. Pizzol D, Demurtas J, Celotto S, et al. Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res.* 2021;33(1): 25-35. doi:10.1007/s40520-020-01712-y
5. World Health Organization. Guidelines on Integrated Care for Older People (ICOPE). Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic. Disponível em <https://www.who.int/ageing/publications/guidelines-icope/en>. Acessado em 05 de outubro de 2021.
6. McDaniel C, Ratnani I, Fatima S, Abid MH, Surani S. Urinary Incontinence in Older Adults Takes Collaborative Nursing Efforts to Improve. *Cureus.* 2020;12(7):e9161. doi:10.7759/cureus.9161
7. Corrado B, Giardulli B, Polito F, Aprea S, Lanzano M, Dodaro C. The impact of urinary incontinence on quality of life: A cross-sectional study in the Metropolitan City of Naples. *Geriatrics (Basel).* 2020;5(4):96. doi:10.3390/geriatrics5040096
8. Yip SO, Dick MA, McPencow AM, Martin DK, Ciarleglio MM, Erikson EA. The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older women. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208(2):e1146-e1467. doi:10.1016/j.ajog.2012.11.010
9. Bartoli S, Aguzzi G, & Tarricone R. Impacto na qualidade de vida da incontinência urinária e bexiga hiperativa: uma revisão sistemática da literatura. *Urology.* 2010;75 (3):491-500. doi:10.1016/j.urology.2009.07.1325
10. Cheng S, Lin D, Hu T, et al. Association of urinary incontinence and depression or anxiety: a meta-analysis. *J Int Med Res.* 2020;48(6):300060520931348. doi:10.1177/0300060520931348
11. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med.* 2010;71(12):2141-2149. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.041
12. World Health Organization. The decade of healthy ageing. Geneva: World Health Organization; 2020 . Disponível em <https://www.who.int/ageing/decade-of-healthy-ageing> Acessado em 10 de julho de 2021
13. Morsch P, Pereira GN, Navarro JH, Trevisan MD, Lopes DG, Bós AJ. Características clínicas e sociais determinantes para o idoso sair de casa Clinical characteristics and social determinants in a sample of non-homebound elderly. *Cad Saude Publica.* 2015; 31(5):1025-1034. doi:10.1590/01021-311X00053014
14. Fultz NH, Fisher GG, Jenkins KR. Does urinary incontinence affect middle-aged and older women's time use and activity patterns? *Obstet Gynecol.* 2004;104(6):1327-1334. doi:10.1097/01.AOG.0000143829.21758.3c
15. Alshammari S, Alyahya MA, Allhidan RS, Assiry GA, AlMuzini HR, AlSalman MA. Effect of urinary incontinence on the quality of life of older adults in Riyadh: Medical and sociocultural perspectives. *Cureus.* 2020;12(11):e11599. doi:10.7759/cureus.11599
16. Takahashi K, Sase E, Kato A, Igari T, Kikuchi K, Jimba M. Psychological resilience, and active social participation among older adults with incontinence: a qualitative study. *Aging Ment Health.* 2016;20(11):1167-1173. doi:10.1080/13607863.2015.1065792
17. Avery JC, Braunack-Mayer AJ, Stocks NP, Taylor AW, Duggan P., Taylor AW, Stocks NP. 'It's our lot': how resilience influences the experience of depression in women with urinary incontinence. *Health Sociol Rev.* 2015; 24(1): 94-108. doi: 10.1080/14461242.2015.1007512
18. Haggglund D, Ahlstrom G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs.* 2007;16(10):1946-54. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01787.x
19. Duppen D, Lambotte D, Dury S, et al. Social participation in the daily lives of frail older adults: Types of participation and influencing factors. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2020; 75(9):2062-2071. doi:10.1093/geronb/gbz045H

20. Hyde M, Wiggins RD, Higgs P, Blane DB. A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging Ment Health*. 2003;7(3):186-94. doi: 10.1080/1360786031000101157
21. Neri AL, Borim, RSA, Batistoni SST, Cachioni M, Rabelo DF, Fontes AP, Yassuda MS. Nova validação semântico-cultural e estudo psicométrico da CASP-19 em adultos e idosos brasileiros. *Cad. Saúde Pública* 3(10); 2018).doi.org/10.1590/0102-311X00181417
22. Hyde M, Higgs P, Wiggins RD, Blane D. A decade of research using the CASP scale: key findings and future directions. *Aging Ment Health*. 2015 Jul;19(7):571-5. doi: 10.1080/13607863.2015.1018868.
23. Curtis RG, Huxhold O, Windsor TD. Perceived control and social activity in midlife and older age: A reciprocal association? Findings from the German Ageing Survey. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2018;73(5):807-815. doi:10.1093/geronb/gbw070
24. Vozikaki M, Linardakis M, Micheli K, & Philalithis A. Activity participation and well-being among European adults aged 65 years and older. *Soc Indic Res*. 2017;131(2): 769-795. doi: 10.1007/s11205-016-1256-y
25. Marques LP, Schneider IJ, d'Orsi E. Quality of life and its association with work, the Internet, participation in groups and physical activity among the elderly from the EpiFloripa survey, Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(12):e00143615. doi:10.1590/0102-311X00143615
26. Lee HY, Rhee Y, Choi KS. Urinary incontinence and the association with depression, stress, and self-esteem in older Korean Women. *Sci Rep*. 2021;11(1):9054. doi:10.1038/s41598-021-88740-4
27. Avery JC, Braunack-Mayer AJ, Stocks NP, Taylor AW, Duggan P. Psychological perspectives in urinary incontinence: a metasynthesis. *OA Women's Health*. 2013;1(1):1-10. doi: 10.13172/2053-0501-1-1-662
28. Arpino B, Solé-Auró A. Education inequalities in health among older European men and women: The role of active aging. *J Aging Health*. 2019;31(1):185-208. doi:10.1177/0898264317726390
29. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3):777-81. doi:10.1590/S0004-282X2003000500014
30. Reuben DB, Laliberte L, Hiris J, Mor V. A hierarchical exercise scale to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADI) level. *J Am Geriatr Soc*. 1990;38(8):855-861.
31. Baltes MM, Mayr U, Borchelt M, Maas I, Wilms H-U. Everyday competence in old and very old age: An interdisciplinary perspective. *Ageing Soc*. 1993;13(4):657-80. doi:10.1111/j.1532-5415.1990.tb05699.x
32. Acock AC. *Discovering Structural Equation modeling using Stata*. College Station. Texas: Stata Press; 2013.
33. Kessler M, Facchini LA, Soares MU, Nunes BP, França SM, Thumé E. Prevalence of urinary incontinence among the elderly and relationship with physical and mental health indicators. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2018;21(4):397-407. doi: 10.1590/1981-22562018021.180015
34. Achdut N, Sarid O. Socio-economic status, self-rated health and mental health: the mediation effect of social participation on early-late midlife and older adults. *Isr J Health Policy Res*. 2020;9(1):4. doi: 10.1186/s13584-019-0359-8
35. Townsend BG, Chen JT, Wuthrich VM. Barriers and facilitators to social participation in older adults: A systematic literature review. *Clin Gerontol*. 2021;44(4):359-380. doi:10.1080/07317115.2020.1863890