

A associação de incontinência urinária e o diabetes em mulheres: revisão narrativa

The association of urinary incontinence and diabetes in women: narrative review

La asociación de la incontinencia urinaria y la diabetes en mujeres: revisión narrativa

Larissa Boaes Nascimento^{1,2*}, Luis Alberto Leon Camac², Jacinta Lima Rogério Cardoso¹, July Jenny Blas Rosales¹.

RESUMO

Objetivo: Discorrer sobre incontinência urinária na mulher e a diabetes. **Revisão Bibliográfica:** IU repercute acarretando perdas funcionais, psicossociais e emocionais as funções físicas, psicológicas, sociais, sexuais e ocupacionais de acometidos, com prevalência de 27,6% no sexo feminino. A relação entre o DM, aumento da prevalência de IU e disfunção muscular do assoalho pélvico já foi estudada e concluíram que a prevalência de IU gestacional e IU dois anos pós-parto é um efeito de valor expressivo o que traz significância entre mulheres com diabetes mellitus gestacional (DMG). Diversos testes e exames precisam ser realizados para dar um diagnóstico mais preciso da IU, pois só após o diagnóstico poderá iniciar o tratamento que seja eficiente e o mais específico ao caso. **Considerações finais:** A incontinência urinária é problema de saúde levando em consideração as restrições que pode ocasionar quanto as atividades sociais e sexuais. É importante disponibilizar a forma de tratamento para mulheres incontinentes, sendo oferecido de forma ininterrupta afim de sanar o problema de forma correta através da conduta proposta pelo médico.

Palavras-chave: Incontinência urinária, Diabetes mellitus, Tratamento.

ABSTRACT

Objective: To discuss the urinary incontinência na mulher e a diabetes. **Bibliographic Review:** IU has implications for carrying out functional, psychosocial and emotional functions as well as physical, psychological, social, sexual and occupational functions, with 27.6% non-feminine sex. The relationship between DM, increased prevalence of UI and muscle dysfunction of the pelvic floor has already been studied and concluded that the prevalence of gestational UI and UI two years postpartum is an effect of significant value which brings significance among women with diabetes mellitus gestacional (DMG). Various tests and exams need to be carried out to give a more accurate diagnosis of UI, if only apos or diagnosis can initiate or treatment that is efficient or specific to the case. **Final considerations:** In urinary incontinence and health problem, raising in consideration the restrictions that may cause many social and sexual activities. It is important to make available in the form of treatment for incontinent mulheres, being offered uninterruptedly in order to heal or correct problem through medical treatment.

Keywords: Urinary incontinence, Diabetes mellitus, Treatment.

RESUMEN

Objetivo: Discorrer sobre incontinência urinária na mulher e a diabetes. **Revisão Bibliográfica:** IU repercute acarretando perdas funcionais, psicossociais and emocionais as funções físicas, psicológica, sociais, sexuais and ocupacionais of acometidos, com prevalência of 27,6% no sex feminino. La relación entre DM, aumento de la prevalencia de IU y disfunción muscular del suelo pélvico ya se ha estudiado y concluido que la

¹Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), Manaus-AM. *E-mail: larissaboaes@hotmail.com

²Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus-AM.

prevalencia de IU gestacional e IU dos años después del parto es un efecto de valor significativo que aporta importancia entre las mujeres con diabetes mellitus. Gestacional (DMG). Diversos testículos y exactos precisos para realizar diagnósticos más precisos de IU, pueden ser aptos os diagnósticos de poder o iniciar un tratamiento que sea eficiente o más específico para cada caso. **Consideraciones finales:** Una incontinencia urinaria es un problema de elevación de la consideración en cuanto a restricciones que pueden ocasionar quanto como las actividades sociales y sexuales. Es importante disponibilizar una forma de tratamiento para mulheres incontinentes, envío de forma de ininterrumpida afim de sanar o problema de forma correta através da conduta proposta pelo medico.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, Diabetes mellitus, Tratamiento.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Incontinência como qualquer vazamento involuntário de urina (HAYLEN BT, 2010). Ainda segundo o mesmo autor, é um problema de Saúde Pública que afeta cerca de 25 milhões de mulheres nos Estados Unidos e apresenta incidência anual de 240 mulheres para cada 100 mil. Portanto, é uma dificuldade da saúde com vasta abrangência no mundo o que ocasiona grande impacto econômico, tanto para o sistema de saúde público quanto para a pessoa com problema de incontinência (BENÍCIO CDAV, et al., 2017).

A IU, afeta aproximadamente 40-50% das mulheres, mas se os números podem variar ligeiramente de um autor a outro, todos podemos concordar que esta condição é subdiagnosticada e um dos autores ainda foi mais longe para nomeá-la uma epidemia oculta” (HAYLEN BT, et al., 2010). A prevalência de IU aumenta com a idade, com uma taxa típica em jovens adultos de 20-30%, um pico de cerca de meia idade (prevalência de 30-40%) e um aumento constante na velhice (prevalência de 30-50%) (HUNSKAAR S, et al., 2003).

O armazenamento e forma de esvaziar a bexiga é um processo fisiológico amplo e complexo, que consegue trazer consequência na micção. É importante que funcionamento de todas as etapas que compõem estes ciclos atuem de maneira correta e ordenada, sendo elas a estrutura anatômica, onde localiza-se diferentes músculos, e também nervos parassimpáticos, simpáticos, somáticos e sensoriais. Existindo possíveis intercorrências nesta etapa sendo uma alteração na sua estrutura anatômica ou na função da bexiga, uretra e/ou esfíncteres, relacionado ao momento de esvaziamento, ocasiona o desenvolvimento de incontinência (CÂNDIDO FJLF, et al., 2017).

Segundo Khandelwal C e Kistler C (2013), as classificações das IU diferem-se por tipos sendo ele o clínico, de cujos sintomas e o mecanismo fisiopatológico, de podem ser estabelecidos como transitória ou crônica. Denominada transitória é quando existe a perda urinária no momento que se retomar, após o tratamento do o que a está ocasionando. Sendo assim, é sucinto relatar a presença por no mínimo seis semanas, acarretando queixas de confusão aguda, manifestações de sintomas do trato urinário, uretrite atrófica, vaginite, medicamentos, deficiências psicomotoras e compactação das fezes. A perspectiva é que o paciente recupere a continência quando todos os sintomas descritos estiverem solucionados.

A fisiopatologia da IU se origina por formas qualificadas de abordagens terapêuticas conhecidas como conservadoras ou não, o que dependerá de qual será o mecanismo envolvido na gênese da perda urinária (HERRMANN V, et al., 2013). Casos de pacientes com incontinência urinária desencadeiam fatores psicossociais de maior relevância em sua influência. Quando acometido as disfunções do assoalho pélvico (AP), buscam entendimento sobre as circunstâncias que não trazem perigo a vida inteiramente, mas que irão acarretar morbidade (CAMILLATO ES, 2012), sendo elas limitações físicas, sociais, ocupacionais e/ou sexuais.

De acordo com Basak T (2013), é classificada como problema de diversos fatores, o que traz consequências em níveis que afetam o bem estar sendo suas condições higiênicas; fatores psicológico onde desencadeia a baixa auto estima, elevada condição de estresse, alterações de humor e fator sociocultural o que predispõem o isolamento e por fim o econômico-financeiro onde tem-se um aumento das despesas de

roupa interior, fraldas, e o que ocasiona consequências que está diretamente ligada a qualidade de vida das mulheres nos diferentes grupos de faixa etária. Os subtipos mais raros de incontinência nas mulheres incluem a incontinência postural, que é a perda de urina com uma mudança de posição do corpo (geralmente quando se levanta ou se inclina); enurese noturna, que é o vazamento de urina durante o sono; incontinência contínua, cujas causas comuns incluem fístulas vesicais; e incontinência coital, perda de urina durante a relação sexual (HAYLEN BT, 2009).

O termo 'incontinência funcional' pode ser usado para se referir à incontinência no cenário de comprometimento físico ou cognitivo, como fratura de quadril ou demência, que limita a mobilidade ou a capacidade de processar informações sobre a plenitude da bexiga (SHAKESPEARE K, et al., 2011). Os sinais e sintomas decorrentes da incontinência urinária são: aumento da frequência miccional, noctúria, urgência, hiper-reflexia vesical, perda de urina ao esforço, incontinência no intercurso sexual, infecções urinárias e dor na bexiga (RETT MT, et al., 2007).

A diabetes pode contribuir para a incontinência urinária por meio de glicosúria e dano microvascular semelhantes aos processos envolvidos na retinopatia e neuropatia periférica. No entanto, o fato de que as mulheres com pré-diabetes (que geralmente não têm essas complicações diabéticas graves) também têm aumento das taxas de incontinência urinária sugere que processos desconhecidos podem contribuir (DANFORTH KN, et al., 2009).

O diabetes melito (DM) é uma doença metabólica marcada pelo aumento da glicemia e que pode ter como uma de suas complicações as Disfunção do Trato Urinário Inferior (DTUI). É uma doença que promove alteração no organismo devido ao aumento da glicemia e que pode estabelecer complicações nas disfunções do trato urinário inferior (DTUI), as quais, em mulheres diabéticas, podem haver apresentações clínicas variadas e sua fisiopatologia ainda é tema de estudo de várias pesquisas (WAN EC, et al., 2007).

Essa disfunção miccional diabética carrega complicações do DM considerada mais comum do que a neuropatia e a nefropatia diabéticas, apesar de pouca informação na literatura sobre a história natural da doença e o início dos sintomas urológicos (GOMEZ CS, et al., 2011). O diabetes mellitus (DM) atinge vários sistemas orgânicos, dentre eles o sistema urinário em muitos casos atingindo metade dos pacientes diabéticos e daqueles que apresentam apenas hiperglicemia. Vários estudos acometem valores epidemiológicos que traz dados que mostra o valor do aumento de risco (50 a 200% mais comum) de IU entre mulheres com DM tipo 2 quando realizado uma comparação entre mulheres com níveis considerados normais de glicose.

Há diversos fatores de risco que desencadeiam o desenvolvimento da IU, mas a agregação com o diabetes tem gerado maior grande interesse. Essa agregação entre DM, prevalência de IU e disfunção muscular do assoalho pélvico foi claramente evidenciada por Barbosa AMP (2007), que por meio do estudo de seu estudo levou em consideração que a prevalência de IU gestacional dois anos pós-parto apresentou aumento significativo com valor elevado entre mulheres com DMG do que entre gestantes normoglicêmicas. Com o envelhecimento da nossa população e melhores tratamentos para IU, as mulheres devem ser encorajadas a não pensar de IU como uma consequência normal e intratável do envelhecimento (JENNIFER L, et al., 2005).

A utilização do tratamento eficaz, é essencial para realizar uma avaliação total e adequada, atentando-se para os sintomas que está ocorrendo, pois através dos sintomas funcionais é que será feita a escolha do tratamento. Cada sintoma e sua forma de localização revelam o tipo de tratamento, como por exemplo: Peso ou pressão vaginal, dores perineais ou vaginais, percepção ou consciência de tecido protundido por meio da vagina, dor ou pressão abdominal, demonstrando assim que cada sintoma necessita de peculiaridades individuais durante a avaliação, com níveis de aproximação específicas objetivando atingir e determinar o tratamento adequado (OLIVEIRA IM, 2007).

Pereira VS, et al. (2014), revela em seu estudo que o insucesso dos tratamentos de mulheres com disfunções de AP se dá muitas vezes, não pela terapia que é utilizada de forma na maioria das vezes inadequada, mas sim pela avaliação incorreta. Assim uma avaliação segura e autêntica constitui de uma verificação, de uma palpação, perineometria, eletromiografia eficaz, além de uma graduação da função muscular do AP (OLIVEIRA IM, 2007).

A associação de incontinência urinária com a idade é bem caracterizada. Em todos os estudos disponíveis, a incidência específica por idade é <2 por 1.000 pessoas / ano em mulheres <40 anos, mas aumenta com a idade (STEWART WF, et al., 2014). Por exemplo, o estudo EPINCONT, um estudo longitudinal de mulheres na Noruega, pesquisado em 1995-1997 e novamente em 2006-2008, mostrou um aumento de 16% na prevalência de incontinência urinária entre os dois períodos, com uma taxa de incidência de 18,7% e uma taxa de remissão de 34,1% 26.

Quando se é portador dessa patologia, pode-se obter benefícios no período de exposição ao tratamento exclusivo, por meio das interferências da equipe médica e das equipes de enfermagem. Não é muito esclarecido para a população deixando de ter conhecimento necessário o que poderia evitar muitos novos casos, sendo uma disfunção que não tem uma grande divulgação na área da saúde e nos meios de comunicação, deixando muitas vezes de ser identificada (OLIVEIRA AM, et al., 2012).

Sendo assim o objetivo do presente trabalho foi de discorrer sobre incontinência urinária na mulher e a diabetes, trazendo informações relevantes quanto aos aspectos desde os primeiros sintomas, como afeta a vida das mulheres, quais as formas de diagnósticos, quais os exames e tratamentos podem ser utilizados a fim de melhorar e em muitos casos conseguir a cura da paciente.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

É uma doença que afeta as funções relacionadas a partes físicas, psicológicas, sociais, sexuais, tendo nível de prevalência de 27,6% no sexo feminino e 10,5% no sexo masculino, sendo maior índice nas mulheres devido as variações das estruturas anatômicas (KNORST MR, et al., 2013).

A associação diabetes tipo 2 e IU nas mulheres, além da alta é do alto valor, o que acarreta altas despesas no sistema de saúde público e privado. Estudos epidemiológicos expõem que a IU é 50 a 200% mais acometida em mulheres com DM tipo 2 se comparada em relação às euglicêmicas (WAETJEN LE, et al., 2007). Evidências estabelecidas pela literatura afirmam que as mulheres em momento pré-diabético têm alto risco de desenvolver IU.

No *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES-2001-2002), ficou confirmado que as mulheres com glicemia de jejum com discrepância variada demonstravam capacidade superior de prevalência de IU, igualmente às mulheres com DM tipo 2 (33,4 e 35,4%), e de forma expressivamente maior que as com glicemia de jejum normal (16,8%).

Diversos relatos indicam que a IU é resultado mais comum de hiperglicemia do que outras admissíveis complicações microvasculares como retinopatia, neuropatia ou nefropatia. Outro fator é que ainda existe número restrito de estudos sobre IU em mulheres com diabetes (SHAW C, 2008).

A associação entre o DMG e o aumento da prevalência de IU e disfunção muscular do assoalho pélvico foi claramente demonstrada por Barbosa AMP et al, (2007), que concluíram seus estudos ressaltando que a prevalência de IU gestacional e IU dois anos pós-parto teve aumento significativo entre mulheres com DMG do que em relação a valores relacionados a gestantes normoglicêmicas.

Em uma análise mais detalhada foi possível perceber que o DMG foi um fator de risco desagrupado para a ocorrência de IU gestacional. Kim C, et al, (2008), abordou nos seus relatos que metade das mulheres com DMG alegaram ter incontinência contínua durante a gestação, e 28% expuseram que a IU afetava suas condições de atividades diárias. Este estudo concluiu que a IU de esforço é partilhada por mulheres com DMG e parece estar interligado com os níveis de exercícios físico ou mesmo por índice de massa corpórea.

A associação do DMG e IU são estudos mais recentes, ainda não muito conhecidos e com baixa valorização por parte da classe médica, possivelmente por razão de todos os sintomas urinários serem discorridos comuns no período gestacional. É de suma importância que o obstetra consiga reconhecer e diagnosticar que a IU na gestação é um problema que não está conexo à modificação gravídica do aparelho urinário (RUDGE MVC, et al., 2011). Outros estudos têm identificado o DM como grande fator de risco com grande significância para ocasionar a incontinência urinária na mulher, independente da faixa etária (STOTHERS L, FRIEDMAN B, 2011).

Exames

O exame físico, deve ser realizado por meio do céfalo-podálico, destacando-se as regiões abdominais e pélvicas. Para uma melhor análise da apresentação dos sinais de incontinência no exame, busca-se explorar e executar o procedimento quando paciente está com bexiga de reabastecimento moderado, assim consegue ter a verificação dos sinais de IU de esforço, e assim realizar manobras de valsava. Se não for possível identificar os sinais com o paciente em decúbito, procura fazer e examinar o mesmo em pé com as pernas entre abertas (ALBA DV, et al., 2011). Já o exame clínico da paciente com hipótese de bexiga hiperativa é atingido em posição ginecológica, sempre que realizado de bexiga cheia.

O teste de esforço com a bexiga cheia é realizado em posição elevada, e quando está positivo, tem uma precisão de 9,4 vezes maior para o diagnosticar a IUE, quando comparado a realização do mesmo teste com pacientes com a bexiga vazia (HOLROYD-LEDUC JM, et al., 2008). Diversos testes precisam ser realizados para dar um diagnóstico mais preciso. Alguns exames dentre eles são: exame de urina, para fazer uma análise a quantidade de sedimento, já é obrigatório o exame de urocultura quando a queixas uroginecológicas. São indispensáveis, uma vez que estas infecções urinárias podem ser acarreta sintomas e, com vasta possibilidade, de existir manipulação instrumental do trato urinário (FELDNER PC JR, 2006).

Realizar exames de imagem como a ultrassonografia, procura-se avaliar e pesquisar o resíduo miccional, conseguindo detectar tumores vesicais e distorções na parede vesical por massas pélvicas, conseguindo assim estabelecer uma avaliação da vascularização dos tecidos periuretrais através do efeito Doppler e da musculatura do assoalho pélvico, além de conseguir avaliar a hiper mobilidade e a posição do colo vesical (BERNARDESN O, et al., 2000).

Métodos e tratamento

Diversos métodos são utilizados para o tratamento da IU, dentre eles procedimentos cirúrgicos, com auxílio de medicação, etambem de utilização de técnicas conservadoras como a fisioterapia, que podem ser empregadas na correção e prevenção do problema (FRARE JC, et al., 2011). A IU, além de provocar diversos conseqüências físicas e psicológicas, é associada a ocasionar riscos de lesões e problemas de pele, que faz delongar o tratamento do incontinente (FRANKEN MG, et al., 2018). Métodos terapêuticos têm maior estima, não podendo deixar de informar da melhor maneira as pacientes que estão com incontinência urinária que precisarão passar por um tempo de reeducação comportamental. Nesta etapa é reestabelecer o ritmo miccional estipulado de hora em hora, afim de buscar um maior tempo de intervalo entre as micções (ROBINSON D, et al., 2014).

O tratamento da IU é estabelecido por 2 modalidades: conservador e cirúrgico. O tratamento cirúrgico não consegue ser definitivo em todos os casos, podendo ocorrer are incidência de seus efeitos; dos sintomas antes de 5 anos. A ICS aconselha que o tratamento conservador seja sempre considerado como primeira opção de interferência, ambicionando o aumento da força e a adequada ativação da musculatura do assoalho pélvico (PEREIRA VS, et al., 2012).

O diário miccional ou diário urinário registra a ingestão diária de líquidos e do número e quantidade de micções no período de 24 horas. Os episódios de incontinência são anotados juntamente com as atividades que promoveram o aumento de pressão intra-abdominal. A disfunção miccional diabética é uma desordem do DM considerada mais comum do que a neuropatia e a nefropatia diabéticas, apesar de haver pouca informação na literatura sobre a história natural da doença e o início dos sintomas urológicos (DOSHI AM, et al., 2010).

Em relação ao tratamento conservador fisioterapêutico da IU consegue-se reverter por meio de atividade dos músculos pélvicos nas incontinências de esforço, de urgência e mistas. Recursos terapêutico eficiente, são os que não trazem incômodo ou risco, e estes combinado com outros recursos para melhorar ainda mais o tratamento são utilizados para evitar a predisposição do paciente quanto ao tratamento proposto para melhor atendê-la. Abrange atividade específica de treino de percepção corporal e de compor os tónus dos músculos pélvicos (VIANA SBP, et al., 2012). No entanto, já existem variados tipos de terapias adotadas buscando a melhoria do problema e até mesmo da cura da incontinência urinária, dentre elas a utilização do

tratamento conservador com a utilização de fármacos, além de exercícios que podem dar melhosustentação e a intensidade da musculatura pélvica e perineal, a cinesioterapia, a eletroestimulação, o biofeedback, os cones vaginais, os tubos, a terapia comportamental e as cirurgias (BENICIO CDAV, et al., 2017). É importante utilizar de exercícios que sejam anexos, ou não, ao uso de cones vaginais, biofeedback e eletroestimulação direta por corrente elétrica (BOTELHO F, 2007).

O biofeedback foi um recurso identificado por Santos FDRP, (2015), em observações correlacionadas com o emprego de fórmulas da cinesioterapia, eletroterapia, terapia manual e comportamental, que destacaram a competência da associação dos procedimentos fisioterapêuticos, onde foi visto e comprovados os benefícios requeridos por meio do tratamento conservador fisioterapêutico.

No estudo abordado por Jennifer L, et al., (2005), de todas as pacientes que participaram do estudo um quarto das mulheres tinha idades de 30 e 39 anos e metade das mulheres idades entre 50 e 90 ano, onde descreveram vazamento urinário mensal. Quando abordado a questão da gravidade da IU percebeu-se o aumento gradativo compatível ao aumento da idade, uma vez que apenas 8% das mulheres entre as idades de 30 e 39 anos relataram IU grave, em comparação com 33% das mulheres mais velhas (com idade entre 80-90 anos esses). Neste estudo a maior parte de mulheres concluíram através de relatos a IU mista por meio dos sintomas. Em se tratando de terapia comportamental, em estudos relataram conexão com distintos recursos, onde mostraram ser pertinentes por comprovar melhoria da IU, quando modificada as atitudes das idosas no que concerne as questões de higiene, educação, controle miccional e hábitos alimentares.

A revisão sistemática das diretrizes internacionais teve como objetivo orientar as formas de manejo clínico da IU, e com isso mostrou que a TC é a tática e a ferramenta primária para ter consenso em todas as diretrizes para IUE, as opções cirúrgicas são preconizadas apenas para as pessoas que não conseguiram obter um nível de melhora após ter escolhidos intervenções comportamentais (SYAN R, BRUCKER BM, 2016). Ainda segundo o mesmo autor a "Terapia Comportamental" (TC) é o tratamento inicial que consegue diminuir ou em muitos casos eliminar qualquer diagnóstico de IU, é um processo de baixo custo, considerado seguro e ativo na maioria dos casos. Nos dias atuais busca-se aconselhar que o tratamento para IUE seja iniciado com a técnica menos invasiva e que consiga mostrar pequenos índices de efeitos colaterais para que seja submetido a um tratamento cirúrgico apenas caso de não ocorrer benefício pela TC.

No Brasil, as mulheres são geralmente encaminhadas para cirurgia antes de passarem por a terapia comportamental, isso reporta pela falta de protocolos clínicos muitas vezes ocasionado pela carência dos serviços de saúde que não disponibilizam na maioria dos casos a prevenção e em alguns momentos o tratamento (SILVA BMC, 2012). Outra pesquisa em que foram implementadas intervenções de enfermagem subsidiadas pela TC, envolvendo mulheres idosas, identificou-se que 50% delas apresentaram ausência de perda urinária, o que foi conclusivo para o encaminhamento para qualquer procedimento cirúrgico destinado a resolução da IU (CALDAS CP, 2010).

Não existe muitos estudos que comprovem que a realização de um exame clínico melhora o atendimento (NICE nível IV e *Geriatric Nursing Protocols*, nível não especificado) segundo o National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2013), ainda segundo a NICE (2013), a maior combinação sugere que o exame clínico continue a ser uma ferramenta efetiva para que haja a avaliação de pessoas com IUE. Já quando reportado ao exame físico genital busca-se obter uma avaliação da parte e função muscular, conseguindo ser alcançado pela palpação digital ou pela utilização de equipamentos exclusivos, tais como, dispositivo pneumático e a eletromiografia. A qualidade de vida foi assinalada em variados estudos, levando a ponderar que as melhorias proporcionadas pelo tratamento estão interligadas diretamente na condição de vida do dia a dia das idosas, que com a alcance de melhoras da IU, conseguiram ter uma melhora física e mental, assim como uma vida social mais saudável (SOUZA EDS, 2015).

Temml C, et al. (2000), estudou o impacto da incontinência sobre a qualidade de vida em 1.262 mulheres com idade igual ou superior a 20 anos (mediana de 49,7 anos). Nesse grupo de pacientes, 34,3% não apresentavam alteração da qualidade de vida, 47,4 % consideraram o problema como leve, 11,6% referiram que o problema era moderado enquanto que 6,7% das pacientes consideraram o problema acentuado. A IU

é uma condição altamente prevalente em mulheres que vivem na comunidade. Estresse, desejo e incontinência mista têm diferentes distribuições etárias e fatores de risco. Esses dados são importantes no entendimento da etiologia, manejo e possível prevenção dessas condições.

É ressaltado que apesar das altas das taxas de prevalência de IU em diabéticas na gestação e fora dela, muitas mulheres não divulgam as suas queixas de incontinência para os médicos e mesmo as que se expõem recebem a explicação conferida à excesso de urina causada pelo próprio DM, uma vez que a associação entre DMG e IU, e sua importância ainda não está instituída. Ainda segundo Rudge MVC, (2011), a ciência e a medicina caminham da seguinte maneira: primeiro se analisa o fenômeno, em seguida se analisa a sua importância, para somente após diagnosticado avaliar a precisão do tratamento e profilaxia. Sua importância deve ser pesquisada em forma experimental e em observações clínicas durante o período gestacional, analisando a repetição materna e perinatal. Ainda segundo o mesmo a gestação é uma ampla oportunidade para identificar mulheres com risco de vir a desenvolver no futuro diabetes e em algum momento na vida ter ocorrência futura de IU. O diabetes gestacional reproduz em interação anônima, e incógnita, não distinguida clinicamente e que parece ser uma forma para fazer o rastreio da associação diabetes e IU.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incontinência urinária é um problema de saúde levando em consideração a restrição que pode ocasionar quanto as atividades sociais e sexuais. É de suma importância disponibilizar forma de tratamento para mulheres incontinentes, sendo estes cuidados oferecidos de forma ininterrupta afim de sanar o problema de forma correta através da conduta proposta pelo médico. Com isso, é preciso dispor de toda a informação sobre a patologia uma vez que é importante, para que haja o entendimento do paciente em relação ao tratamento que será realizado. De acordo com o pequeno número de estudo que reforçam sobre informações acerca da incontinência e a alguns questionamentos sobre este assunto em relação a fisiopatologia por parte dos portadores e dos profissionais de saúde, a IU passa a ser apreciada como uma situação natural e em poucos casos algousecundário, que muitas das vezes não merece uma atenção. Diversos estudos, concluíram que a presença de diabetes mellitus, é um preditivo de aparecimento de IU.

REFERÊNCIAS

1. ALBA DV, et al. Incontinencia urinaria. *Medicine*, 2011;10(83):5612-8.
2. BARBOSA AMP. Prevalência e fator de risco para incontinência urinária e disfunção do assoalho pélvico dois anos após Diabetes Mellito gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(4):220.
3. BASAK T, KOK G, GUVENC G. Prevalence, risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: A synthesis of the literature. *International Nursing Review*, 2013, 60(4), 448-460.
4. BENÍCIO CDAV, et al. Conhecimento de mulheres incontinentes sobre incontinência urinária: uma reflexão teórico-crítica. *Estima*, 2017; 15(1): 58-61.
5. BERNARDES NO, et al. Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinária de esforço genuína: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal. *Rev BrasGinecol Obstet*. 2000;22(1):49-54.
6. CALDAS CP, et al. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. *Texto & contexto enferm*. 2010 Out-Dez; 19(4): 783-8
7. CAMILLATO ES, et al. Incontinência urinária de esforço: fisioterapia versus tratamento cirúrgico. *Rev Femina*, 2012;40(4):187-94.
8. CÂNDIDO FJLF, et al. Incontinência urinária em mulherer: breve revisão de fisiopatologia, avaliação e tratamento. *Visão Acadêmica*, Curitiba, 2017; 18(3): 67-80
9. CERRUTO MA et al. Prevalence, Incidence and Obstetric Factors' Impact on Female Urinary Incontinence in Europe: A Systematic Review. *Urol Int* 2013; 90:1-9.
10. DANFORTH KN, et al. Diabetes mellitus tipo 2 e risco de esforço, urgência urinária e incontinência mista. *J Urol* 2009; 181: 193 - 197.
11. DOSHI AM, et al. Women with diabetes: understanding urinary incontinence and help seeking behavior. *J Urol*. 2010;184(4):1402-7
12. FELDNER PC Jr, et al. Diagnósticoclínico e subsidiário da incontinência urinária *Ver BrasGinecol Obstet*. 2006; 28(1): 54-62
13. FRANKEN MG, et al. The increasing importance of a continence nurse specialist to improve outcomes and save costs of urinary incontinence care: na analysis of future policy scenarios. *BMC Family Practice*, 2018; 31(19): 1-11.
14. FRARE JC, et al. Perfil de mulheres com incontinência urinária submetidas a procedimento cirúrgico em um hospital de ensino do sul do país. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 32, n. 2, p. 185-198, Jul. /Dez. 2011.

15. GOMEZ CS, et al. Bladder dysfunction in patients with diabetes. *CurrUrol Rep.* 2011;12(6):419-26.
16. HAYLEN BT, et al. Uma Associação Internacional uroginecológico (iuga) / Sociedade Internacional de Continência (ICS) relatório conjunto sobre a terminologia para disfunção do assoalho pélvico feminino. *Neurourol Urodyn.*2010;29(1):4-20.
17. HAYLEN BT, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *NeurourolUrodyn.* 2009; 29:4–20.
18. HERRMANN V, et al. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: Avaliações clínica e ultra-sonográfica. *Rev AssocMedBras,* 2013;49(4):401-05.
19. HOLROYD-LEDUC JM, et al. What Type of Urinary Incontinence Does This Woman Have? *JAMA.* 2008; 299(12):1446-56.
20. HUNSKAAR S, et al. Epidemiologia e história natural da incontinência urinária em mulheres. *Urologia urinária em mulheres. Urologia* 2003; 62 (Supl 4A): 16-23
21. JENNIFER L, et al. Incontinência urinária em US Mulheres. *ArchIntern Med.* 2005; 165: 537-542
22. KHANDELWAL C, KISTLER C. Diagnosis of urinary incontinence. *American Family Physician,* 2013; 87(8): 543-550.
23. KIM C, et al. Stress urinary incontinence in women with a history of gestational diabetes mellitus. *J Womens Health (Larchmt).* 2008;17(5):783-92
24. KNORST MR, et al.,. Avaliação da qualidade de vida antes e depois de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária. *Fisioter. Pesqui., São Paulo,* v. 20, n. 3, Sept. 2013
25. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2013. 48 p. (Clinical guideline; n. 171).
26. OLIVEIRA AM, CAMARGO ACS, SCHELL NC et al. Assistência de enfermagem a incontinência urinária na mulher. *Múltiplo saber,* 2012; 15(1):100-111.
27. PEREIRA VS, et al. Correlação entre palpação digital, pressão de contração, atividade eletromiográfica e variáveis ultrassonográficas da musculatura do assoalho pélvico feminino. *Braz J PhysTher,* 2014;18(5):428-34.
28. RETT MT, et al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2007; 29 (3): 134-40.
29. RUDGE MVC, et al. Diabete gestacional e incontinência urinária: interação entre a Ginecologia e a Obstetrícia. *Rev BrasGinecol Obstet.* 2011; 33(5):207-10.
30. RUDGE MVC, et al. Diabete gestacional e incontinênciaurinária: interação entre a Ginecologia e a Obstetrícia. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* vol.33 no.5 Rio de Janeiro May 2011
31. SANTOS FDRP. Análise entre a técnica de cinesioterapia isolada e associada ao biofeedback no tratamento da incontinência urinária de esforço: estudo de dois casos. *Revista Movimenta* ISSN:1984-4298, 2015; 8(1):80-86.
32. SHAKESPEARE K, et al. Management of urinary incontinence in frail elderly women. *ObstetGynaecolReprod Med.* 2011;21:281–287.
33. SHAW C, et al. How people decide to seek health care: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(10):1516-24
34. SILVA BMC. Terapia comportamental no controle da incontinência urinária da mulher idosa: uma ação de enfermagem na promoção do autocuidado. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ / Faculdade de Enfermagem; 2012.
35. STEWART WF, et al. Urinary incontinence incidence: quantitative meta-analysis of factors that explain variation. *J Urol.* 2014;191:996–1002.
36. STOTHERS L, FRIEDMAN B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence in women. *CurrUrol Rep.* 2011;12(5):363-9.
37. SYAN R, BRUCKER BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence. *BJU Int.* 2016;117: 20–33
38. TEMML C, et al. Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. *NeurourolUrodyn,* 19: 259- 71, 2000.
39. WAETJEN LE, et al. Factors associated with prevalent and incident urinary incontinence in a cohort of midlife women: a longitudinal analysis of data: study of women's health across the nation. *Am J Epidemiol.* 2007;165(3):309-18.
40. WAN EC, et al. Autoantibody-mediated bladder dysfunction in type 1 diabetes. *Scand J Immunol.* 2007;65(1):70-5.