

INFLUÊNCIA DO MÉTODO PILATES SOLO NA INCONTINÊNCIA DE URGÊNCIA DUPLA

Annih Jhêssica Salvira Rodrigues Pereira¹; Marcelo Grandini Spiller²; Elaine Priscila Garcia³; Rafaela Gomes Correa⁴

RESUMO

Introdução: A saúde dos músculos do assoalho pélvico é fundamental para manter a integridade, o bom funcionamento e o correto posicionamento dos órgãos pélvicos. A incontinência urinária de urgência caracteriza-se por um desejo súbito e abrupto de urinar, difícil de ser inibido. Já a urgência fecal refere-se à necessidade de defecar imediatamente, para que assim não ocorra a perda involuntária do conteúdo fecal. A ocorrência simultânea destas é denominada Incontinência Dupla, distúrbio que causa grande impacto sobre a saúde e qualidade de vida dos indivíduos acometidos. **Objetivo:** Identificar a influência do método Pilates Solo na força muscular do assoalho pélvico na Incontinência de Urgência Dupla. **Método:** Participou deste estudo de caso uma mulher de 49 anos, obesa e diabética com diagnóstico clínico de Incontinência Dupla. Foram realizadas 14 sessões com exercícios de Pilates solo. As variáveis avaliadas foram força muscular do assoalho pélvico, a frequência e a quantidade da perda do conteúdo urinário e fecal e qualidade de vida. Para a coleta de dados foram utilizados o *Stop Test*, o Questionário Internacional de Incontinência Urinária e o Índice de Incontinência Anal de Jorge-Wexner. **Resultados:** Observou-se fortalecimento de musculatura do assoalho pélvico, redução da frequência da perda do conteúdo urinário e anal e melhora da qualidade de vida. **Conclusão:** O método Pilates Solo parece exercer importante influência no fortalecimento do assoalho pélvico.

Palavras Chaves: Fisioterapia, Pilates Solo, Urge incontinência e Incontinência Anal.

ABSTRACT

Introduction: The health of pelvic floor muscles is critical to maintaining integrity, proper functioning and proper positioning of the pelvic organs. Urge urinary incontinence is characterized by a sudden, abrupt desire to urinate, difficult to be inhibited. Fecal urgency refers to the need to defecate immediately, so that involuntary loss of fecal contents does not occur. The simultaneous occurrence of these is called Double Incontinence, a disorder that causes great impact on the health and quality of life of the individuals affected. **Objective:** To identify the influence of the Pilates Solo method on the muscular strength of the pelvic floor in the Intensity of Double Urgency. **Method:** A 49-year-old obese and diabetic woman with clinical diagnosis of double incontinence participated in this case study. There were 14 sessions with solo Pilates exercises. The variables evaluated were pelvic floor muscle strength, frequency, amount of urinary and fecal loss, and quality of life. Data were collected using the Stop Test, the International Urinary Incontinence Questionnaire and the Jorge-Wexner Anal Incontinence Index. **Results:** Strengthened pelvic floor musculature, reduced frequency of urinary and anal loss, and improved quality of life were observed. **Conclusion:** The Pilates Solo method seems to exert an important influence on the strengthening of the pelvic floor.

Keywords: Physiotherapy, Mat Pilates, Urge incontinence; Anal incontinence

¹ Acadêmica do curso de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Ourinhos. Email: annihrodrigues@gmail.com;

² Mestre em Educação pela UNESP de Marília. Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Ourinhos. Email: m_grandini@yahoo.com.br.

³ Mestranda em Fisioterapia pela Universidade do Sagrado Coração. Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Ourinhos. Email: elaine.priscila@hotmail.com;

⁴ Especialista em Docência do Ensino Superior pela ESAP Brasil. Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Ourinhos. Email: rafagc88@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

O Assoalho Pélvico é formado por músculos, ligamentos e fâscias que são organizados de forma a sustentar os órgãos pélvicos, sendo composto pelos diafragmas pélvicos inferior e superior, dos septos vesicovaginais e retovaginais, que unem os dois diafragmas, o períneo e o cóccix (CUNNINGHAN et al, 2000).

Para Polden e Mantle (2002), os músculos do assoalho pélvico são constituídos de 70% de fibras do tipo I (fibras de contração lenta) e 30% de fibras do tipo II (fibras de contração rápida). Assim as fibras do tipo I são responsáveis pela ação antigravitacional dos músculos do assoalho pélvico, mantendo o tônus constante e também na manutenção da continência durante o repouso. E as do tipo II são recrutadas durante o aumento súbito da pressão abdominal, portanto contribuindo assim para o aumento da pressão de fechamento durante a urgência.

A saúde dos músculos do assoalho pélvicos é fundamental para manter a integridade e o bom funcionamento da uretra, reto, vagina e a posição dos órgãos dentro da pelve (REET et al, 2004).

Essas estruturas que compõe o assoalho pélvico feminino funcionam como uma unidade, sendo importante a relação anatômica-funcional entre todas estas para a manutenção da função normal. De acordo com a *International Continence Society* (ICS), os músculos do assoalho pélvico (MAP) correspondem a uma camada muscular que dá suporte aos órgãos pélvicos e fecha a abertura pélvica na contração, sendo importante na prevenção da perda involuntária de urina e no conteúdo retal, além de ter relação com a função sexual. Acredita-se que as contribuições de alguns fatores podem resultar em danos na vascularização pélvica e inervação autonômica dos MAP, o que pode levar a uma série de disfunções associadas ao sistema urinário, anorretal e genital, como as incontinências, além de interferir na qualidade de vida sexual (HIGA et al, 2008).

De acordo com Moreno (2009), a Incontinência Urinária (IU) consiste na perda involuntária de urina, ocasionando um problema social e/ou higiênico ao indivíduo. O mesmo autor aponta que a Incontinência Urinária pode ser classificada em 3 principais tipos: a Incontinência Urinária de Esforço, Urge Incontinência e a Incontinência Mista, sendo as mais conhecidas a Incontinência Urinária de esforço e a Urge Incontinência. No Brasil, a prevalência de IU de estresse em mulheres de meia idade pode atingir 8 a 48%. Além disso, os custos de saúde pública com mulheres entre 30 e 59 anos no país, ultrapassou 2 bilhões de reais em 2014,

do quais 183 milhões foram direcionados à doenças genitourinárias (BRITO et al., 2012; DALLÚ et al., 2016)

Na Incontinência urinária de urgência (IUU) ou Urge incontinência, o esfíncter não consegue resistir à força da contração detrusora, seja por fraqueza ou por desconforto que esta resistência ocasiona ou apenas pela força maior da contração detrusora (BARACHO, 2012). Caracteriza-se por um desejo súbito e abrupto de urinar, difícil de ser inibido. Existem diversas patologias que predispõem as mulheres a esse tipo de sintoma, dentre elas as principais são: a infecção do trato urinário e a incontinência urinária por bexiga hiperativa (BERQUÓ et al, 2013).

A Incontinência Anal (IA) engloba a perda involuntária tanto de fezes quanto de gases, sendo caracterizada pela incapacidade de manter o controle fisiológico do conteúdo fecal em local e tempo adequados. A IA pode ser classificada em incontinência sensorial ou motora. A sensorial consiste na passagem das fezes sem que o indivíduo perceba, ocorre geralmente secundário ao prolapso retal e aos distúrbios neuropáticos, na do tipo motora o indivíduo possui a consciência da necessidade de evacuar, mas são incapazes de controlar, ocorrem devido a um distúrbio do assoalho pélvico ou dos esfíncteres, mas com inervação normal (BARACHO, 2012).

A ocorrência simultânea de IA e IUU é caracterizada como Incontinência Dupla (ID). Apesar da menor prevalência da anal quando comparada a urinária, as duas exercem um grande impacto sobre a saúde e qualidade de vida dos indivíduos que as possuem. Muitas mulheres reduzem suas atividades sociais e possuem a autoestima comprometida, ocasionando insegurança, isolamento e depressão (COOPER e ROSE, 2000).

A Fisioterapia em Uroginecologia é uma área de atuação da fisioterapia que consiste em prevenir e tratar as disfunções miccionais, fecais e sexuais. É indicada pela *International Continence Society* (ICS) como opção de primeira linha para o tratamento de incontinências por seu baixo custo e comprovada eficácia (FIGUEIREDO et al, 2008).

Desde o ano de 1999 a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda-se a assistência fisioterapêutica em pacientes que sofrem com incontinências de grau leve ao moderado como primeiro tratamento, sendo que apenas após três meses de tratamento, é que se deve avaliar a necessidade das alternativas cirúrgicas ou farmacológicas (COFFITO, 2016).

A intervenção fisioterapêutica objetiva principalmente à realização de exercícios para aumentar a força do esfíncter externo fortalecendo a musculatura pélvica, mais especificadamente o músculo elevador do ânus. Evitando assim contraturas, mantendo a

tonicidade, melhorando a capacidade de recrutamento da musculatura, melhorando a transmissão de pressões e também a coordenação reflexa reforçando desse modo o mecanismo de continência e a coordenação (XHARDEZ, 2001).

Dentre as intervenções fisioterapêuticas mais utilizadas na atualidade em casos de disfunções dos MAP, estão os exercícios do método Pilates. Este método preconiza exercícios que promovam baixo impacto, flexibilidade, força muscular, coordenação, alinhamento postural e propriocepção, tendo como principal objetivo o condicionamento físico adequado pela integração corpo e mente (MORENO, 2009).

Apesar de todas as considerações na literatura, à abordagem do método Pilates como um procedimento visando o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico ainda necessita de melhores evidências que atestem sua eficiência fisioterapêutica ou prevenção das incontinências.

O objetivo do presente estudo foi identificar a influência do método Pilates Solo no fortalecimento muscular do assoalho pélvico, e agregar maiores conhecimentos sobre o método Pilates como tratamento na área da Fisioterapia Uroginecológica.

2 MÉTODO

2.1 Delineamento da Pesquisa

O delineamento do estudo realizado foi observacional descritivo do tipo Estudo de Caso. De acordo com Yin (2015), a pesquisa de um estudo de caso seria o método preferencial em comparação aos outros métodos existentes quando: 1- as principais questões da pesquisa são “como” ou “por que”; 2- o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre eventos comportamentais; 3- quando o foco do estudo for um fenômeno contemporâneo. Em um estudo de caso as coletas dos dados apresentam mais variáveis, pode incluir casos únicos ou múltiplos, além de ser um método muito útil para avaliações.

2.2 Aspectos Éticos

A participante do presente estudo de caso assinou um termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice), onde foi informada dos objetivos esperados pela pesquisa, bem como teve garantia ao sigilo das informações, ao anonimato ou qualquer outro elemento identificável, como também o não prejuízo da mesma na execução da pesquisa, visto que o

método Pilates Solo não oferece riscos reais, cujo estudo será enviado ao Comitê de Ética da Faculdade Estácio de Sá para possível autorização.

2.3 Participante

A participante do presente estudo de caso apresentava as seguintes características: 49 anos, raça branca, 99 kg, 149 cm de altura e um IMC de 44.59 kg/cm², indicando obesidade grau III e diabética, não fazendo uso de nenhuma medicação para as presentes afecções. A paciente relatou que após sofrer um episódio de infecção do trato urinário no ano de 2014, iniciou os sintomas de perda de conteúdo urinário em 2015, piorando gradativamente, obrigando-a procurar auxílio médico, onde foi encaminhada a fisioterapia uroginecológica para realizar tratamento.

Sobre a perda de conteúdo anal a mesma referiu ter notado o início dois anos após o parto da filha, no ano de 2010. Depois de realizada anamnese uroginecológica foi constatado a comprovação da perda de conteúdo urinário e anal do tipo de urgência, visto que a necessidade de urinar e defecar caracterizava-se por um desejo súbito e abrupto, difícil de ser inibido, ocorrendo imediatamente perda involuntária do conteúdo urinário e anal.

Como descrito acima a paciente apresenta alguns fatores de risco que predis põe às incontinências, que podem ter relação com as afecções que a mesma sofre, sendo eles: raça branca, excesso de peso; ser diabética, ter tido um parto tardio, já ter tido a menopausa (episódio este que aconteceu logo após o parto), já ter sofrido com infecções urinárias e o diagnóstico clínico e fisioterapêutico de Incontinência de Urgência Dupla.

2.4 Local e Período da Realização da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no núcleo de práticas em saúde da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos, cidade localizada no interior do estado de São Paulo, durante o mês de setembro do ano de 2016. Foram realizadas no total 14 sessões com duração de 60 minutos supervisionados, com uma frequência de 3 vezes semanais.

2.5 Procedimentos para as Coletas de Dados

A coleta de dados foi feita por meio de anamnese uroginecológica e exame físico. O primeiro contato aconteceu no mês de agosto no núcleo de práticas em saúde da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos e perdurou até ao final do mês de setembro, ao final das 14 sessões. Durante o tempo de tratamento as sessões foram realizadas todas as segundas,

quartas e sextas-feiras durante 60 minutos supervisionados, para assim realizar a intervenção proposta para a mesma.

Depois de finalizada as 14 sessões a paciente foi reavaliada para coletas dos dados finais seguindo os mesmos procedimentos da coleta inicial.

2.5.1 Instrumentos para as Coletas de Dados

Como instrumentos de avaliação para quantificar a força muscular do assoalho pélvico, frequência e a quantidade da perda do conteúdo urinário e fecal, bem como a sua interferência na qualidade de vida da paciente foi utilizada o *Stop Test*, o Questionário Internacional de Incontinência Urinária ou ICIQ-SF e o Índice de Incontinência Anal de Jorge-Wexner.

O *Stop Test* consiste num método de avaliação da força da musculatura do assoalho pélvico onde é solicitado a interrupção do jato urinário por uma a duas vezes, após cinco segundos do início da micção. É classificada de acordo com o sucesso em interromper o jato e manter a interrupção pelo maior tempo possível em: grau 0, não consegue interromper o jato, grau 1, interrompe o jato urinário, mas não consegue manter a interrupção; grau 2, interrompe parcialmente o jato e o mantém por um curto intervalo de tempo; grau 3, interrompe o jato urinário, mantendo a interrupção, porém com um tônus muscular fraco, tendo escape urinário; grau 4, consegue interromper totalmente o jato, mantendo a interrupção com um bom tônus muscular; grau 5, interrompe totalmente o jato mantendo a interrupção com um tônus forte por um bom tempo (PALMA, 2009). Porém, deve-se salientar que este teste só deve ser realizado como método de avaliação, pois pode levar a infecções urinárias, além de outras disfunções como alterações nos reflexos miccionais (MORENO, 2009).

O Questionário Internacional de Incontinência Urinária (ICIQ-SF) é um instrumento autoadministrável e formado por perguntas que avaliam frequência, quantidade da perda e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida. Possui oito perguntas autodiagnóstico, relacionados às causas ou a situações de IU vivenciadas pelos pacientes (TAMANINI et al, 2004). Porém a nota do ICIQ-SF corresponde à soma das três questões principais. O ICIQ-SF foi originalmente desenvolvido e validado na língua inglesa por Avery et al, (2001).

O *Incontinence Grading Scale*, ou como atualmente é denominado Índice de Incontinência Fecal da *Cleveland Clinic Incontinence Score* e conhecido na América Latina como Índice de Incontinência Anal de Jorge-Wexner, é a escala mais frequentemente utilizada

na prática clínica devido a sua facilidade de uso e também a mensuração de aspectos relacionados à qualidade de vida do indivíduo acometido pela incontinência anal (JORGE e WEXNER, 1993).

É composta por cinco variáveis, onde cada uma recebe uma pontuação atribuída pelo paciente de forma objetiva, variando de zero a quatro pontos de acordo com a frequência em que ocorre o episódio de perda: zero (nunca), um (raramente ou $\leq 1/\text{mês}$), dois (ocasionalmente ou $\leq 1/\text{dia}$ e $> 1/\text{mês}$), três (frequentemente ou $\leq 1/\text{dia}$ e $> 1/\text{semana}$) e quatro pontos (sempre ou $> 1/\text{dia}$). As três primeiras variáveis referem-se ao tipo de incontinência fecal: para sólidos, líquido (ou muco) e gases (flatos). As duas últimas são sobre o uso de forro (protetor de vestimenta) e se ocorreu alteração no estilo de vida devido à incontinência fecal. A pontuação varia de 0 (continência fecal perfeita); 1-7 (incontinência fecal leve); 8-14 (incontinência fecal moderada) e 15-20 (incontinência fecal grave) (ALVES, 2014).

2.5.2 Avaliação Inicial

Na primeira sessão foram realizados todos os procedimentos necessários para elaboração do presente estudo de caso. Após uma anamnese uroginecológica completa foi constatado que a queixa principal da paciente se tratava de perda do conteúdo urinário e anal por urgência, que interferia diretamente em sua qualidade de vida. Após explicar a paciente como deveria funcionar a avaliação inicial e quais os métodos que seriam aplicados, a mesma foi acompanhada ao núcleo de práticas da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos, onde primeiramente realizou o *Stop Test* e logo após respondeu o Questionário Internacional de Incontinência Urinária (ICIQ-SF) e o Índice de Incontinência Anal de Jorge-Wexner.

2.5.3 Intervenção

Como método de tratamento foi aplicado um protocolo de vinte exercícios do método Pilates Solo Oliveira e Oliveira (2015) utilizando acessórios especiais como bozu, bolas, faixas elásticas, bolas suíças, halteres e caneleiras, adaptados especificamente para o biótipo e condicionamento físico da participante. Durante toda a intervenção foi solicitada a contação do assoalho pélvico durante a expiração princípio este imprescindível do método Pilates.

2.5.4 Avaliação Final

Depois de finalizada as 14 sessões, foram aplicados novamente os mesmos instrumentos da avaliação inicial, para assim verificar quais foram os efeitos alcançados através da conduta proposta.

2.6 Procedimentos para Análise dos Dados

Para análise dos dados foram utilizadas tabelas comparativas de cada variável com as somatórias iniciais pré-intervenção e as somatórias finais pós-intervenção, depois de finalizada 14 sessões propostas para a realização do presente estudo de caso.

3 RESULTADOS

Como representado na tabela 1, na avaliação inicial (pré-intervenção) o *Stop Test* foi solicitado, a participante relatou que conseguiu interromper o jato urinário, porém não conseguindo mantê-lo, indicando na escala do *Stop Test* o grau 1. Já na reavaliação (pós-intervenção), conseguiu interromper o jato urinário após cinco segundos de iniciada a micção, mantendo o mesmo por dezoito segundos, mas com um tônus muscular fraco indicando na escala do *Stop Test* o grau 3.

Tabela 1: Resultados do *Stop Test*

<i>STOP TEST</i>	AVALIAÇÃO INICIAL	AVALIAÇÃO FINAL
GRAU DE FORÇA	1	3
	(consegue interromper o jato urinário, porém não conseguindo mantê-lo)	(consegue interromper, mas com um tônus muscular fraco)

Fonte: Elaboração própria.

Na avaliação inicial (pré-intervenção) o ICIQ-SF foi aplicado, onde a paciente relatou perder urina com uma frequência de uma vez ao dia (3 pontos), uma moderada quantidade (4 pontos) que interferia de zero (não interfere) a dez (interfere muito) em sua qualidade de vida o número 7, obtendo como somatória total das três questões principais 14 pontos. No entanto durante a reavaliação (pós-intervenção) a paciente relatou perder conteúdo urinário duas ou três vezes por semana (2 pontos), uma pequena quantidade (2 pontos), interferindo de 0 (não interfere) a 10 (interfere muito) o número 4, obtendo como somatória total 8 pontos, como demonstra a tabela 2.

Tabela 2: Resultados do Questionário Internacional de Incontinência Urinária (ICIQ-SF).

ICIQ-SF	AVALIAÇÃO INICIAL	AVALIAÇÃO FINAL
FREQUÊNCIA DA PERDA URINÁRIA	3 pontos (uma vez ao dia)	2 pontos (duas ou três vezes semanais)
QUANTIDADE DA PERDA URINÁRIA	4 pontos (moderada quantidade)	2 pontos (pequena quantidade)
QUALIDADE DE VIDA	7 pontos	4 pontos
TOTAL	14 pontos	8 pontos

Fonte: Elaboração própria.

No Índice de Incontinência Anal de Jorge-Wexner na avaliação inicial (pré-intervenção) a paciente relatou perder sólidos-ocasionalmente (2 pontos), líquidos-frequentemente (3 pontos), gases-ocasionalmente (2 pontos), uso de forro-nunca (0), tendo como alteração do estilo de vida-frequentemente (3 pontos), obtendo um total de 10 pontos, indicando uma incontinência anal moderada. Já na reavaliação os seguintes resultados: sólidos-nunca (0 pontos), líquidos-raramente (1 pontos), gases-nunca (0 pontos), uso de forro-nunca (0 pontos), tendo como alteração do estilo de vida-nunca (1 pontos), obtendo uma somatória total de 2 pontos, indicando uma incontinência anal leve, como apresentados da tabela 3.

Tabela 3: Resultados do Índice de Continência Anal de Jorge-Wexner.

ÍNDICE DE CONTINÊNCIA ANAL DE JORGE-WEXNER	AVALIAÇÃO INICIAL	AVALIAÇÃO FINAL
SÓLIDOS	2 pontos (ocasionalmente)	0 pontos (nunca)
LÍQUIDOS	3 pontos (frequentemente)	1 ponto (raramente)
GASES	2 pontos (ocasionalmente)	0 pontos (nunca)
USO DE FORRO	0 pontos (nunca)	0 pontos (nunca)
QUALIDADE DE VIDA	3 pontos (frequentemente)	1 ponto (raramente)
TOTAL	10 pontos (incontinência anal moderada)	2 pontos (incontinência anal leve)

Fonte: Elaboração própria.

4 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos através do presente estudo demonstram que o método Pilates Solo possui influências positivas no fortalecimento muscular do assoalho pélvico, obtendo como efeitos a redução da frequência e quantidade da perda urinária e anal, interferindo assim na melhora da qualidade de vida da participante.

Diniz et al (2014), em seu estudo obteve resultados semelhantes, investigando os efeitos do método Pilates Solo no fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, observando os tipos de fibras musculares (fibra 1 e 2). Participaram desse estudo 6 mulheres com idade entre 35 anos e 65 anos, que foram submetidas aos exercícios em um período de três meses, duas vezes por semana por sessenta minutos. Os resultados apresentaram que todas as participantes tiveram melhora da força muscular em ambos os tipos de fibras, e 84% tiveram maior ganho no tipo de fibra 2, concluindo que o método poderia ser usado para prevenir disfunções do assoalho pélvico.

Diante dos resultados obtidos pelo estudo anterior sugere-se que o método Pilates possui influência significativa no fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, podendo ser utilizado como prevenção das inúmeras disfunções que podem acometer o assoalho pélvico. Porém quando as afecções já estão instaladas o método também pode ser indicado visto que existem estudos que atestem a sua eficácia.

Culligan et al (2010), realizou um ensaio clínico com o objetivo de fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, 62 mulheres com incontinência urinária de esforço, divididas em dois grupos: método Pilates e um programa de treinamento específico para o fortalecimento pélvico. Cada grupo realizou 24 sessões com uma frequência quinzenal e duração de 60 minutos cada sessão. Ambos os métodos reduziram o escape urinário, concluindo que o método Pilates possui a mesma eficácia que exercícios específicos para o assoalho pélvico.

Porém, os dados obtidos através do presente estudo sugerem que o método proposto para intervenção obteve melhores resultados na Incontinência Anal do que na Urinária. O presente estudo teve como intervenção apenas os exercícios do método Pilates Solo, pois o objetivo era a comprovação de sua influência como forma de tratamento fisioterapêutico.

Honório et al (2009), em seu estudo avaliou a qualidade de vida antes e depois de uma intervenção fisioterapêutica utilizando como tratamento os exercícios de Kegel para o fortalecimento do assoalho pélvico associado à eletroestimulação endovaginal com frequência de 20 Hz. Participaram 10 mulheres com sintomas Urge Incontinência. Para avaliar a qualidade de vida o King's Health Questionnaire (KHQ) foi aplicado nas participantes. Já a função dos

músculos do assoalho pélvico foi avaliada através do AFA (Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico). Em seus resultados foi possível observar que antes da intervenção cinco mulheres apresentaram AFA 3; duas apresentaram AFA 2; duas pacientes apresentaram AFA 4 e apenas uma AFA 1 e após as 10 sessões propostas para o estudo, as pacientes foram reavaliadas e o valor de AFA passou a ser 5 para todas as pacientes.

Porém, Arruda et al (2007), comparou o efeito da oxibutinina (medicamento), da eletroestimulação endovaginal e dos exercícios perineais. As pacientes foram randomizadas em três grupos de tratamento. No grupo de tratamento medicamentoso com oxibutinina (grupo controle) foram incluídas 22 pacientes, no grupo de eletroestimulação foram incluídas 21 pacientes e no grupo de exercícios perineais foram incluídas 21 pacientes.

Um estudo urodinâmico foi realizado antes e ao término dos 3 meses de tratamento e um diário miccional simplificado foi realizado durante sete dias consecutivos, antes e uma semana após o término do tratamento. Nos resultados a urgência desapareceu em 63,6% das pacientes do grupo controle, em 52,4% das do grupo eletroestimulação e em 57,1% dos exercícios perineais, concluindo que ambos os tratamentos tiveram a mesma eficácia quando aplicados isoladamente.

Costa et al (2008), obteve em sua pesquisa resultados semelhantes onde o objetivo era avaliar a eficiência do biofeedback e da cinesioterapia na capacidade contrátil e propriocepção do assoalho pélvico em mulheres portadoras de Incontinência Anal. Foram avaliadas 2 mulheres com diagnóstico de incontinência anal por intermédio do Biofeedback, da Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (AFA) e do Índice de incontinência de Jorge-Wexner.

Após as 16 sessões propostas a paciente A passou de grau 3 para o grau 4 no AFA e de 8mmHg para 10 mmHg no Biofeedback, já a paciente B apresentou grau 2 e após a intervenção ainda 2 e de 4 mmHg para 8 mmHg no Biofeedback. Em relação ao Índice de Incontinência de Jorge-Wexner, antes da intervenção as pacientes apresentaram incontinência intermediária, com 11 e 12 pontos respectivamente e após o fim do tratamento ambas mostraram uma redução no índice com uma pontuação de 6 e 5 para as pacientes “A” e “B”, passando para uma incontinência leve. Portanto, os resultados mostraram melhora clínica e ausência dos sintomas de incontinência anal, assim como no presente estudo de caso, onde também a paciente passou de uma Incontinência Anal moderada para uma leve.

5 CONCLUSÃO

Diante do exposto constata-se que o método Pilates Solo demonstrou influência positiva no fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, obtendo como efeitos a redução da frequência e da quantidade da perda do conteúdo urinário e anal, refletindo assim na melhora da qualidade de vida de uma mulher com Incontinência de Urgência Dupla. Porém, esses resultados devem ser verificados com cautela e não generalizados devido ao tamanho da amostra e ao pouco tempo de tratamento, portanto, se faz necessário a realização de estudos com um maior número de indivíduos e a continuação do tratamento para assim obter melhores resultados e agregando maiores conhecimentos na área de Fisioterapia Uroginecológica.

REFERÊNCIAS

ALVES, T. I. **Manometria anorretal e correlação com a qualidade de vida e a gravidade dos pacientes com incontinência fecal**. 2014. 31f. Trabalho de conclusão de curso (Residência Médica do HSPM-SP na área de Coloproctologia) - Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, 2014.

ARRUDA, R.M et al. Hiperatividade do detrusor: comparação entre oxibutinina, eletroestimulação funcional do assoalho pélvico e exercícios perineais. Estudo randomizado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 29, n.9, p.452-458, 2007.

AVERY, K. et al. Validation of a new questionnaire for incontinence: the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). abstract nº 86 of the International Continence Society 31st annual meeting. **Neurourology Urodynamics**. v.20, p.510-511, 2001.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 5ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BERQUÓ, M. et al. Fisioterapia no tratamento da urgência miccional feminina. **Revista Femina**. v.41,n.2,p.107-123, 2013.

BRITO, L.G; BRITO, L.M.; CHEIN, M.B.; MALHEIROS, E.S.; DUARTE, T.B.; PINTO-NETO, A.M. Stress urinary incontinence in climacteric women in a Northeastern Brazilian municipality: a household survey. **International Urogynecology Journal**, v.23, n.5, pp.639-45, 2012.

COFFITO. **Fisioterapia na Saúde da Mulher**. Disponível em: <<http://coffito.gov.br>>. Acesso em: 15 de Setembro de 2016.

COOPER. Z, ROSE. S. Fecal Incontinence: a Clinical approach. **The Mount Sinai Journal Of Medicine**. v.67, n.2, p. 96-105, 2000.

COSTA, A.P.; SANTOS, J.G. **Estudo prospectivo da resposta terapêutica ao biofeedback e cinesioterapia em pacientes portadoras de incontinência anal: Relato de Dois Casos**.

2008. 67f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Fisioterapia) - Universidade da Amazônia, Belém, 2008.

CULLIGAN, P.J et al. A randomized clinical Trial comparing pelvic floor muscle training to a Pilates exercise program for improving pelvic muscle strenght. **International Urogynecology Journal**. v.21, n.4, p.401-408, 2010.

DALLÚ, M.C. et al. Prevalence and factors associated with urinary incontinence in climateric. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 63, n.5, pp. 441-446, 2016.

DINIZ, M.F. et al. Assessment of the strenght of the pelvic floor musculature in women who pratic Mat Pilates. **Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal**. v.12, n.1, p.126-130, 2014.

FIGUEIREDO, E.M. et al. Perfil epidemiológico e clínico de usuárias de serviços de fisioterapia uroginecológica da rede pública. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v.12, n.2, p.136-142, 2008.

HIGA, R.; LOPES; M.H.B.M.; REIS, M.J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem de USP**. São Paulo, v. 42, n.1, p.187-192, 2008.

HONÓRIO, G. et al. Análise da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária antes e após tratamento fisioterapêutico. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v.38, n. 4,p.43-49, 2009.

JORGE, J.M.; WEXNER, S.D. Etiology and management of fecal incontinence. **Diseases of Colon & Rectum**. v.36, p.77- 97, 1993.

MORENO, A. L. **Avaliação do assoalho pélvico: Fisioterapia em uroginecologia**. 2ª ed. Barueri, SP: Manole, 2009.

OLIVEIRA, R. G.; OLIVEIRA, L. C. **Método Pilates: Reabilitação e Condicionamento Físico**. 1. ed. Jacarézinho: Raphael Gonçalves de Oliveira (editor), 2015.

PALMA, P.C.R. **Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico**. 1. ed. São Paulo: Personal link comunicações; 2009.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em Obstetrícia e Ginecologia**. São Paulo: Ed. Santos, 2002.

TAMANINI, J.T.N. et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). **Revista Saúde Pública**. v.38, p.438-444, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. Bookman editora, 2015.