

**CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO - UNIBRA
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**EVILLY FAGUNDES DE FRANÇA
RAYANE FERNANDA DA SILVA
STHEFANY VITÓRIA VASCONCELOS DA SILVA**

**CINESIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS
EM MULHERES: Uma revisão sistemática**

**RECIFE
2024**

**EVILLY FAGUNDES DE FRANÇA
RAYANE FERNANDA DA SILVA
STHEFANY VITÓRIA VASCONCELOS DA SILVA**

**CINESIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS
EM MULHERES: Uma revisão sistemática**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Disciplina TCC II do Curso de Fisioterapia do Centro
Universitário Brasileiro - UNIBRA, como parte dos
requisitos para conclusão do curso.

Orientador(a): Dra. Manuella da Luz Duarte Barros

RECIFE
2024

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Laís Cardoso, CRB-4/PE-1753/P.

F814c França, Evilly Fagundes de.

Cinesioterapia no tratamento de prolapso de órgãos pélvicos em mulheres: uma revisão sistemática / Evilly Fagundes de França, Rayane Fernanda da Silva, Sthefany Vitória Vasconcelos da Silva. - Recife: Edição do Autor, 2024.

26 p. : il. color.

Orientador(a): Dra. Manuella da Luz Duarte Barros.

Trabalho de conclusão de curso - Centro Universitário Brasileiro – Unibra. Bacharelado em Fisioterapia, 2024.

Inclui Referências.

1. Prolapso de órgãos pélvicos. 2. Fisioterapia. 3. Cinesioterapia. 4. Assoalho pélvico. I. Silva, Rayane Fernanda da. II. Silva, Sthefany Vitória Vasconcelos da. III. Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. IV. Título.

CDU: 615.8

**EVILLY FAGUNDES DE FRANÇA
RAYANE FERNANDA DA SILVA
STHEFANY VITÓRIA VASCONCELOS DA SILVA**

**CINESIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS
EM MULHERES: Uma revisão sistemática**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Disciplina TCC II do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA, como parte dos requisitos para conclusão do curso.

Examinadores:

Dra. Manuella da Luz Duarte Barros
Doutora em Nutrição

Andréa Lima da Silva – Pós-graduada em Fisioterapia em Uroginecologia e
Obstetrícia e Fisioterapia Dermatofuncional

Esp. Zorka Welkovic Vasconcelos

Nota: _____

Data: __/__/__

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho representa o fim de um ciclo de longos anos, que foi semeado aos poucos e regado pela ajuda de diversas pessoas dentre as quais agradecemos: Primeiramente a Deus, pelas nossas vidas, e por ter permitido ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo de nossa jornada. Aos familiares que nos incentivaram e ajudaram nos momentos mais difíceis e compreenderam a nossa ausência enquanto nos dedicávamos, tornando a caminhada mais leve. Aos amigos e parceiros de trajetória, com quem convivemos intensamente durante os últimos anos, agradecemos pelo companheirismo e pela troca de experiências que nos permitiram crescer não só como pessoa, mas também como formando. Aos professores da instituição e a nossa orientadora, nos dando todo auxílio necessário, pelas correções e ensinamentos que nos permitiram apresentar um melhor desempenho no nosso processo de formação profissional ao longo do curso. Por fim, agradecemos a todos aqueles que contribuíram, de alguma forma, para a realização deste trabalho e da nossa trajetória.

RESUMO

Introdução: O assoalho pélvico é responsável pela sustentação dos órgãos interno, sobretudo a bexiga, o útero e o reto, qualquer mudança nessa região pode decorrer em disfunções e descida patológica dos órgãos, característica do prolapso genitais que corresponde ao enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico. Sendo um grave problema de saúde pública. Predisposto ao desenvolvimento dessa disfunção possui os fatores como parto vaginal, idade, menopausa, multiparidade e herança genética. Os prolapso podem ser classificados em I, II, III e IV, de acordo com a gravidade. A fisioterapia vai ajudar na melhora dos sintomas dos prolapso, com o fortalecimento do assoalho. **Objetivo:** Demonstrar os efeitos da cinesioterapia como alternativa para o tratamento fisioterapêutico do prolapso de órgãos pélvicos em mulheres. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa. Desta forma foi realizado um levantamento bibliográfico realizado entre o período de abril e março de 2024, com artigos científicos pesquisados nas bases de dados: LILACS, MEDLINE, PEDro e SciELO, nos idiomas português, inglês e espanhol, incluídos estudos originais. **Resultados:** Foram encontrados 233 estudos, 2 artigos foram excluídos por ser duplicata, 179 artigos excluídos por título e resumo por não atenderem os critérios de elegibilidade. Dos 52 artigos restantes 27 foram excluídos após a leitura na íntegra e apenas 3 ensaios clínicos foram incluídos neste presente trabalho. Os presentes estudos encontrados mencionam os efeitos da cinesioterapia no manejo do prolapso de órgão pélvicos. **Conclusão:** Das abordagens analisadas a cinesioterapia possui efeito significativo para as mulheres com prolapso de órgãos pélvicos, com alívio dos sintomas e melhorando a qualidade de vida, porém mais estudos são necessários para prevenção desses recursos.

Palavras-chave: prolapso de órgãos pélvicos; fisioterapia; cinesioterapia; assoalho pélvico.

ABSTRACT

Introduction: The pelvic floor is responsible for supporting internal organs, especially the bladder, the uterus and the rectum. Any change in this region can result in dysfunction and pathological descent of the organs, a characteristic of genital prolapse that corresponds to the weakening of the pelvic floor muscles. Being a serious public health problem. Factors such as vaginal birth, age, menopause, multiparity and genetic inheritance are predisposed to the development of this dysfunction. Prolapse can be classified into I, II, III and IV, according to severity. Physiotherapy will help improve prolapse symptoms by strengthening the floor. **Objective:** To demonstrate the effects of kinesiotherapy as an alternative for the physiotherapeutic treatment of pelvic organ prolapse in women. **Method:** This is an integrative review. In this way, a bibliographical survey was carried out between April and March 2024, with scientific articles searched in the databases: LILACS, MEDLINE, PEDro and SciELO, in Portuguese, English and Spanish, including original studies. **Results:** 233 studies were found, 2 articles were excluded for being duplicates, 179 articles excluded by title and abstract for not meeting the eligibility criteria. Of the remaining 52 articles, 27 were excluded after reading in full and only 3 clinical trials were included in this work. The present studies found mention the effects of kinesiotherapy in the management of pelvic organ prolapse. **Conclusion:** Of the approaches analyzed, kinesiotherapy has a significant effect on women with pelvic organ prolapse, relieving symptoms and improving quality of life, but more studies are needed to prevent these resources.

Keywords:pelvic organ prolapse; physiotherapy; kinesiotherapy; pelvic floor.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 Assoalho Pélvico.....	10
2.2 Prolapso de Órgãos Pélvicos.....	11
2.2.1 <i>Etiologia</i>	11
2.2.2 <i>Dados Epidemiológicos</i>	12
2.2.3 <i>Classificação</i>	12
2.2.4 <i>Quadro Clínico</i>	13
2.2.5 <i>Diagnóstico</i>	13
2.2.6 <i>O impacto psicossocial do prolapso de órgãos pélvicos</i>	14
2.2.7 <i>Tratamento</i>	14
2.3 Fisioterapia no prolapso de órgãos pélvicos	15
2.3.1 <i>Cinesioterapia</i>	15
3 MÉTODO.....	17
3.1 Tipo de revisão, período da pesquisa, restrição linguística e temporal.	17
3.2 Bases de dados, descritores e estratégia de busca.	17
3.3 Realização das buscas e seleção dos estudos.	18
3.4 Critérios de elegibilidade (PICOT).....	18
3.5 Características dos estudos incluídos	19
4 RESULTADOS	20
5 DISCUSSÃO	27
6 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Atualmente milhares de mulheres são afetadas por disfunções presentes no Assoalho Pélvico (AP). Todavia, os tabus sociais e a humilhação pessoal impossibilitam uma discussão ampla sobre o assunto. Estudos norte-americanos apontam que aproximadamente 40% das mulheres são acometidas por prolapso de órgãos. Anualmente cerca de 1 bilhão de dólares são direcionados para a realização de cirurgias corretivas. Estima-se que, entre 300 a 400 mil mulheres norte-americanas são submetidas por ano a essas cirurgias, a fim de corrigir disfunções como incontinência urinária e fecal e prolapso genitais (cistocele, retocele/enterocele, rotura do períneo e prolapso uterovaginal) (Verbeek; Hayward, 2019; Sgorlon; Carvalho; Mensch, 2021).

As estruturas do AP feminino funcionam como uma unidade, tornando-se importante a relação anatômico-funcional entre as estruturas pélvicas para a manutenção da função normal. Segundo a *International Continence Society* (ICS), os Músculos do Assoalho Pélvico (MAP) refere-se à camada muscular que dá suporte aos órgãos pélvicos, e ajudam a controlar a urina e o conteúdo retal, além de relacionar-se com função sexual (Fitz *et al.*, 2011).

De acordo com a ICS e a Sociedade Internacional de Uroginecologia (IUGA), o prolapso de órgãos pélvicos (POP) são o descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior e do ápice da vagina (útero ou cúpula vaginal na mulher hysterectomizada). O POP pode apresentar-se sintomático e assintomático, o sintomático evidenciando um quadro clínico com desconfortos, sensação de “arrasto” na vagina, peso pélvico, dores nas costas, protuberância ou saliência oriunda da vagina e queixas sexuais. Entretanto, é válido ressaltar que nem todos os sintomas são evidentes em mulheres que possuem POP (Brito; Castro; Juliato, 2019; Pereira; Mejia, 2017).

Dentre os fatores de risco, podem ser mencionados a multiparidade, o envelhecimento, a obesidade, hysterectomia e constipação intestinal. Na população feminina brasileira, pode-se agregar o parto vaginal, macrossomia e histórico familiar. Os POPs são listados por meio dos sistemas, sendo os mais comuns a classificação de Bander-Walker, e a classificação de quantificação de Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP-Q), que consideram o grau de deslocamento dos órgãos de sua posição anatômica e os órgãos afetados pelo prolapso.

Possuindo também um quantitativo de quatro graus (I, II, III, IV), de acordo com a severidade, sendo os mais complexos nas duas classificações o grau III e IV (Pereira; Mejia, 2017) (Bump *et al.*, 1996; Haddad; Jorge; Rossi, 2000).

Em graus mais avançados dos POPs, a intervenção cirúrgica é indicada para aliviar os sintomas, restaurar a anatomia e corrigir alterações funcionais. No entanto, a fisioterapia, sendo uma prática conservadora, é uma das alternativas mais seguras, principalmente em estágios iniciais (Araújo; Santos; Postol, 2020).

Para a escolher o melhor método de tratamento para os pacientes que possuem o POP, devem ser analisados alguns parâmetros como os sintomas expostos pela paciente, o seu estado de saúde e o grau da intervenção a ser abordado. Esses são pontos importantes para análise e escolha do tratamento adequado (Glisoi *et al.*, 2011).

O objetivo do tratamento conservador consiste em treinar os músculos do assoalho pélvico incluindo as intervenções como a cinesioterapia. A fisioterapia está associada a melhora dos sintomas relacionados aos POPs, bem como a força muscular do AP e, conseqüentemente, a qualidade de vida (QV) (Bo *et al.*, 2009; Araújo; Santos; Postol, 2020).

Diante dessas considerações, o objetivo deste estudo é reunir e analisar as evidências existentes na literatura para avaliar como a cinesioterapia pode melhorar os sintomas, a função pélvica e a qualidade de vida das pacientes com prolapso de órgãos pélvicos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Assoalho Pélvico

O assoalho pélvico desempenha um papel vital na manutenção da integridade anatômica e funcional dos órgãos pélvicos, sendo composto por uma complexa rede de músculos, ligamentos e fáscias. Essa composição de músculos e fáscias funcionam em conjunto para dar suporte às vísceras, oferecendo também resistência ao aumento da pressão intra-abdominal durante os esforços de tensão e expulsão dos músculos abdominais. Para além dessas funções, desempenham também, ação esfíncteriana (uretra e ânus) importante e manutenção da pressão vaginal (Baracho, 2007; Rigueira, 2017).

A musculatura profunda do assoalho pélvico, como os músculos coccígeos e o músculo complexo levantador do ânus, que compreendem os músculos puborretal, pubococcígeo e o iliococcígeo, desempenham um papel fundamental no suporte e na proteção dos tecidos conjuntivos da região pélvica. Esses músculos trabalham em conjunto para manter o tônus do assoalho pélvico, ajudando a proteger os tecidos conjuntivos contra sobrecargas excessivas (Casco; Corton, 2009).

Já os músculos superficiais também conhecidos como diafragma urogenital, consistem em diferentes grupos musculares, como o bulboesponjoso, o isquiocavernoso, os músculos perineais transversos superficiais e profundos, juntamente com camadas de tecido conjuntivo e os esfíncteres uretral e anal. O ponto central desses músculos e esfíncteres é o corpo perineal, que desempenha um papel essencial na sustentação do assoalho pélvico (Eickmeyer, 2017).

Importante salientar que essa composição de músculos e fáscias oferece suporte às vísceras pélvicas (bexiga, útero e reto) e também desempenha um papel fundamental na regulação da pressão intra-abdominal. Durante os esforços de tensão, como durante a tosse, o esforço ou o parto, os músculos do assoalho pélvico contraem-se para resistir à pressão aumentada dentro do abdômen, evitando assim a descida excessiva dos órgãos pélvicos e prevenindo o desenvolvimento de condições como o prolapso dos órgãos pélvicos (POP). Essa capacidade de sustentação é essencial para garantir o funcionamento

adequado dos órgãos e prevenir complicações associadas à disfunção do assoalho pélvico (Rigueira, 2017).

2.2 Prolapso de Órgãos Pélvicos

O prolapso, em latim *Prolapsus*, possui o significado de deslizamento. Contudo, refere-se ao deslocamento ou deslizamento de uma parte do órgão. Os órgãos pélvicos estão relacionados ao útero e aos órgãos adjacentes, em vários compartimentos vaginais, junto o reto, o intestino e a bexiga. Dessa forma, o POP é basicamente uma mudança na anatomia topográfica dos órgãos. Possuindo algumas mudanças anatômicas que podem ser vistas dentro da normalidade para algumas mulheres (McLachlan; Patten, 2006).

A disfunção do assoalho pélvico é a incapacidade do mesmo em executar sua função de apoio aos órgãos pélvicos ou de permitir que os órgãos realizem sua funcionalidade. A disfunção pode ser restringida a um órgão ou conter mais de um órgão do aparelho genital, urinário e anorretais. Assim, a fraqueza na musculatura do AP favorece as disfunções, contudo é necessária uma avaliação dinâmica de suas determinadas funções. Cerca de 30 a 50% das mulheres podem ser incapazes de contrair corretamente os grupos musculares do AP (Pereira; Mejia, 2010).

Os músculos do AP durante o parto podem ficar alongados, possuindo fraqueza durante o envelhecimento ou hipertônicos com o ganho de estresse, aumentando assim as chances e disfunções do AP. A sobrecarga nos tecidos conjuntivos pélvicos, podem ocorrer a uma infinidade de distúrbios do AP (Bump; Norton 1998).

2.2.1 Etiologia

Para que haja uma compreensão assertiva sobre essa condição, se faz necessário explorar sua etiologia e classificação. Nesse sentido, o prolapso de órgãos pode ser influenciado por diversos fatores, incluindo enfraquecimento dos tecidos de suporte pélvico, gravidez, parto vaginal, idade avançada, tabagismo, constipação intestinal crônica, raça e fatores genéticos, além de alterações esqueléticas e traumas cirúrgicos (Baracho, 2007).

Um dos principais fatores de risco adquirido é o parto vaginal, e está associado diretamente com o POP, sendo o prolapso grave e sintomático mais comum, especialmente após o primeiro parto. Um estudo demonstrou que mulheres com mais de 40 anos e histórico de parto vaginal tem 9,73 vezes mais chances de desenvolver prolapso em estágio avançado, ou seja, prolapso que ultrapassa o hímen (Quiroz *et al.*, 2010).

O suporte muscular adequado do assoalho pélvico é principalmente mantido pelos músculos chamados elevadores do ânus, juntamente com as estruturas do tecido conjuntivo que conectam a vagina às paredes laterais da pelve, e quando esse suporte é comprometido, os músculos elevadores do ânus podem mudar sua orientação, tornando-se mais verticais, o que pode resultar em um alargamento da abertura vaginal e o deslocamento do suporte para a inserções do tecido conjuntivo, e isso pode ocasionar o prolapso de órgãos pélvicos, causando desconforto e disfunção (Lien *et al.*, 2004).

2.2.2 Dados Epidemiológicos

A obtenção de dados epidemiológicos sobre o POP é complexa, devido a tendência de algumas mulheres em aceitá-la como uma parte inevitável do envelhecimento ou do parto normal, ou até mesmo em preferir não revelar sua condição para evitar constrangimentos. No entanto, estima-se que a prevalência do prolapso seja de cerca de 21,7% em mulheres com idade entre 18 e 83 anos, e aproximadamente 30% em mulheres com idade entre 50 e 89 anos (Rodrigues *et al.*, 2009).

2.2.3 Classificação

O POP é classificado com base na extensão da deformidade anatômica, na localização do defeito e nos órgãos pélvicos envolvidos. Essas classificações consideram o grau de deslocamento dos órgãos pélvicos de sua posição normal, identificam onde está o problema anatômico e quais órgãos específicos estão afetados pelo prolapso. São enfatizadas duas classificações principais: o sistema de Baden-Walker e a classificação de quantificação do prolapso de órgão pélvico (POP-Q). Elas oferecem uma maneira de descrever onde e o quanto as paredes vaginais estão deslocadas, permitindo uma avaliação precisa

da localização e da extensão do deslocamento (Xardez, 2001; Haddad; Jorge; Rossi, 2000).

A classificação de Bander-Walker, é descrita como: Grau 0- normal, grau 1- Protusão parcial (sem atingir o hímen), grau 2 - Protrusão (atinge o hímen, mas não o ultrapassa), grau 3- Protrusão parcial (ultrapassa o hímen) e grau 4- Protrusão completa (Bump *et al.*, 1996; Xardez, 2001).

Já a classificação de quantificação do POP, conhecida como POP-Q, é classificada através da gravidade do prolapso, que nesse sistema, o estágio 0 significa que não há descida, o estágio 1 indica uma descida mínima, o estágio 2 indica uma descida dentro de 1 cm do hímen, o estágio 3 indica uma descida além do hímen, mas menos de 2 cm do comprimento vaginal total, e o estágio 4 indica uma descida completa das paredes vaginais (Hall *et al.*, 1996).

Atentaram-se ao fato de que a classificação também pode ocorrer através de tipos sendo eles: cistocele (prolapso de bexiga através da vagina), retoccele (prolapso do reto através da vagina), enteroccele (herniação interna do intestino delgado através da parede posterior da vagina) e o prolapso uterino (Oliveira; Carvalho, 2007).

2.2.4 Quadro Clínico

A maior parte das mulheres que apresentam sintomas de prolapso vão em busca dos cuidados primários, onde ocorre uma avaliação e os tratamentos iniciais. As queixas apresentadas por elas incluem sintomas vesicais, intestinais e pélvicos. Com o aumento do estágio do prolapso, podem chegar a ver ou sentir uma protuberância vaginal (Mascarenhas *et al.*, 2010).

Os sintomas vaginais atribuídos ao prolapso possuem sensação de peso e pressão, incontinência urinária de frequência ou urgência, podendo ter o jato urinário fraco ou prolongado, incontinência de flatos ou fezes líquidas ou sólidas, sintomas sexuais e dispareunia (relação sexual dolorosa ou difícil) (Swift; Tate; Nicholas, 2003).

2.2.5 Diagnóstico

Comumente as mulheres que sofrem com prolapso genital se queixam da sensação de peso ou “bola na vagina”. O diagnóstico é confirmado através de

exames físicos, que é realizado na posição ginecológica com o auxílio da manobra de Valsalva. Já na detecção das estruturas ligamentares e musculares detalhadamente, é realizada a ressonância magnética. Existe ainda a eletromiografia, sendo uma avaliação clínica através da palpação bidigital vaginal (afastando massas pélvicas e avalia a dor) ou perineometria (Bump *et al.*, 1996; Pereira; Mejia, 2010).

Para a avaliar a descenso do colo vesical, resíduo pós-miccional, afunilamento uretral anormalidades da bexiga ou uretra e outros, podem ser solicitados a ultrassonografia bidimensional (transabdominal, transperinel ou translabial, introital e transvaginal) (Bump *et al.*, 1996).

2.2.6 O impacto psicossocial do prolapso de órgãos pélvicos

O POP pode causar vários sintomas debilitantes e desconfortáveis, afetando significativamente a qualidade de vida (QV) das mulheres. Durante as atividades básicas, podem surgir desconfortos, como alterações miccionais, dificuldade ao caminhar ou sentar, ulcerações vaginais e infecções constantes do trato urinário. Além disso, pode haver risco de constipação intestinal e dificuldade durante o ato sexual (Batista *et al.*, 2023; Adorno; Souza; Leite, 2023).

Assim, podem desenvolver outras alterações que impactam na QV das mulheres, o medo ou o constrangimento pela anatomia modificada, a dispareunia, diminuição da libido, redução da capacidade de atingir o orgasmo, dificuldade na autoimagem corporal, na autoestima e no desejo sexual podendo gerar desconforto pela exposição do órgão (Adorno; Souza; Leite, 2023).

O aspecto psicológico pode atingir em diversas formas a QV, os sinais de depressão, as emoções extremamente abaladas, ansiedade e a tristeza em busca por tratamento para o POP. Sobre a função sexual, tem trazido um impacto negativo do POP, atraindo as mulheres a buscar métodos efetivos com objetivo de reparar ou proporcionar uma melhora da sexualidade (Barros *et al.*, 2021; Moreira, 2021).

2.2.7 Tratamento

O tratamento do POP envolve métodos variados, desde não invasivos a cirúrgicos. A escolha é determinada pelo perfil da paciente, sendo influenciada

por fatores como idade, presença de comorbidades, atividade laboral, expectativas sexuais e fatores relacionados à técnica cirúrgica, como tempo operatório e custo do material (Moreira, 2021).

2.3 Fisioterapia no prolapso de órgãos pélvicos

No tratamento do POP podem ser aplicados recursos fisioterapêuticos, como: o biofeedback, a cinesioterapia, a estimulação elétrica, os pessários vaginais, e os cones vaginais. Na fisioterapia conservadora, a cinesioterapia aborda técnicas eficazes de prevenção, visando o fortalecimento da musculatura perineal, que auxilia na melhora dos sintomas, proporcionando conforto nas atividades de vida diária e melhorando na sustentação dos órgãos pélvicos (Ruth; Medeiros; Souza, 2022; Coelho; Castro; Juliato, 2016).

A fisioterapia visa melhorar a QV das mulheres atuando de forma preventiva para evitar contraturas, fortalecer a musculatura pélvica, aprimorar a coordenação reflexa durante o esforço e manter o tônus muscular local. Os fisioterapeutas são os profissionais mais adequados e qualificados para a realização das técnicas conservadoras no tratamento do POP, pois possuem o preparo necessário por meio de conhecimento científico teórico-prático, que inclui a fisiologia do corpo humano e toda a anatomia. As técnicas fisioterapêuticas oferecem benefícios significativos, como a exclusão das complicações cirúrgicas, dos riscos e do custo, tornando-as uma opção eficaz e acessível no tratamento do POP (Farias; Mariano; Silva, 2022; Pinheiro 2012).

2.3.1 Cinesioterapia

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência (ICS), a cinesioterapia inclui técnicas recomendadas para vários tratamentos, incluindo prolapso genitais e incontinência urinária. Seu objetivo é reduzir os sintomas e retardar ou prevenir o desenvolvimento dessas disfunções (Knorst *et al.*, 2012).

O treinamento da cinesioterapia é utilizado para fortalecer os músculos do assoalho pélvico, e trabalhar de forma ativa em sua musculatura. Esse método pode ou não incluir recursos auxiliares, com o objetivo de ensinar ao paciente a contrair e relaxar de forma voluntária a musculatura do assoalho pélvico (Rodrigues, 2008; Korelo *et al.*, 2011).

Nos graus iniciais do prolapso, a cinesioterapia pélvica é aplicada em mulheres que estão debilitadas, não desejam realizar cirurgia ou planejam ter filhos no futuro. A cinesioterapia consiste em uma série de exercícios terapêuticos utilizados na recuperação de lesões musculoesqueléticas e na prevenção de disfunções osteoarticulares, visando reabilitar a funcionalidade. No caso do POP, seu objetivo é prevenir sua evolução, aumentar a resistência, fortalecer a musculatura do assoalho pélvico e retardar ou reduzir a necessidade de cirurgia (Silva; Livramento, 2023; Farias; Mariano; Silva, 2022).

A cinesioterapia visa tratar a hipotonia muscular da área afetada, por meio de exercícios que fortalecem a musculatura perineal. A finalidade desses exercícios é possibilitar o reforço muscular por meio do fortalecimento da musculatura pélvica, melhorando a resistência da uretra e o suporte dos órgãos pélvicos, que auxilia na prevenção e tratamento de disfunções (Moreno *et al.*, 2021; Gouveia *et al.*, 2021).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de revisão, período da pesquisa, restrição linguística e temporal.

Trata-se de uma revisão sistemática. Desta forma, foi realizada uma pesquisa bibliográfica no período compreendido entre março e abril do ano de 2024, nos idiomas abordados em inglês, português e espanhol, sendo incluídos estudos originais. As buscas pelos artigos não houve restrições temporal por período de publicação.

3.2 Bases de dados, descritores e estratégia de busca.

As bases de dados validas para realização da pesquisa partiram de *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via *U.S National Library of Medicine* (PubMed), *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) via *Biblioteca Virtual de Saúde* (BVS), *Physiotherapy Evidence Database* (PEDRO) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), publicados nos idiomas inglês, português e espanhol.

Os descritores utilizados seguiram dos *Descritores em Ciência da Saúde* (DeCS) em português e do *Medical Subject Headings* (MeSH) em inglês. Foram encontrados descritores como: Prolapso de órgãos pélvicos (*Pelvic Organ Prolapse*), Terapia por Exercício (*Exercise Therapy*) e Modalidades de Fisioterapia (*Physical Therapy Modalities*). Para o cruzamento dos termos foi utilizado o operador booleano *AND* em ambas as bases de dados, de acordo com a estratégia de busca no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Estratégia de busca

Base de dados	Estratégia de busca
MEDLINE via PubMed	(<i>pelvic organ prolapse</i>) AND (<i>exercise therapy</i>) AND (<i>physical therapy ,modalities</i>)
LILACS via BVS	(<i>prolapso de órgãos pélvicos</i>) AND (<i>terapia por exercício</i>) AND (<i>modalidades de fisioterapia</i>) (<i>prolapso de órgãos pélvicos</i>) AND (<i>modalidades de fisioterapia</i>)
PEDro	(<i>pelvic organ prolapse</i>) * (<i>exercise therapy</i>) * (<i>physical therapy modalities</i>)
SciELO	(<i>prolapso de órgãos pélvicos</i>) AND (<i>terapia por exercício</i>) AND (<i>modalidades de fisioterapia</i>) (<i>prolapso de órgãos pélvicos</i>) AND (<i>modalidades de fisioterapia</i>)

Fonte: autoria própria.

3.3 Realização das buscas e seleção dos estudos.

Após a busca dos descritores, e o rastreamento dos estudos nas bases de dados referidas, houve uma criteriosa avaliação para compor a amostra final dos artigos, sendo iniciado a avaliação das duplicidades, títulos e resumos, sendo excluídos os artigos que não compreendiam aos critérios de elegibilidade, após isso outra avaliação criteriosa foi realizada lendo-se o texto de forma integral.

3.4 Critérios de elegibilidade (PICOT)

Foram selecionados a partir dos critérios de elegibilidade – PICOT, tendo como participantes mulheres com prolapso dos órgãos pélvicos, com a intervenção sendo a cinesioterapia. A comparação foram mulheres que não estão em tratamento com fisioterapia, o desfecho utilizado foi a força muscular perineal, a funcionalidade e a qualidade de vida, e o tipo de estudo utilizado foram estudos originais.

Referente aos critérios de exclusão, foram excluídos estudos relacionados a pós-operatório de correção de POP, pós-operatório de cirurgias abdominais e fisioterapia aplicada no pré e pós-operatório cirúrgico de POPs. De acordo com os critérios de elegibilidade no Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Critérios de elegibilidade (PICOT)

Acrônimo	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
P (população)	Mulheres com prolapso dos órgãos pélvicos.	Pós- operatório de cirurgias abdominais; Fisioterapia aplicada no pré e pós-operatório cirúrgico de POPs
I (intervenção)	Cinesioterapia aplicada à mulheres com POPs em tratamento conservador.	-
C (comparação)	Mulheres que não estão em tratamento com fisioterapia.	-
O (outcome/desfecho)	Prolapso de Órgãos Pélvicos Força muscular perineal; Funcionalidade; Qualidade de vida.	-
T (tipo de estudo)	Estudos originais	-

Fonte: autoria própria.

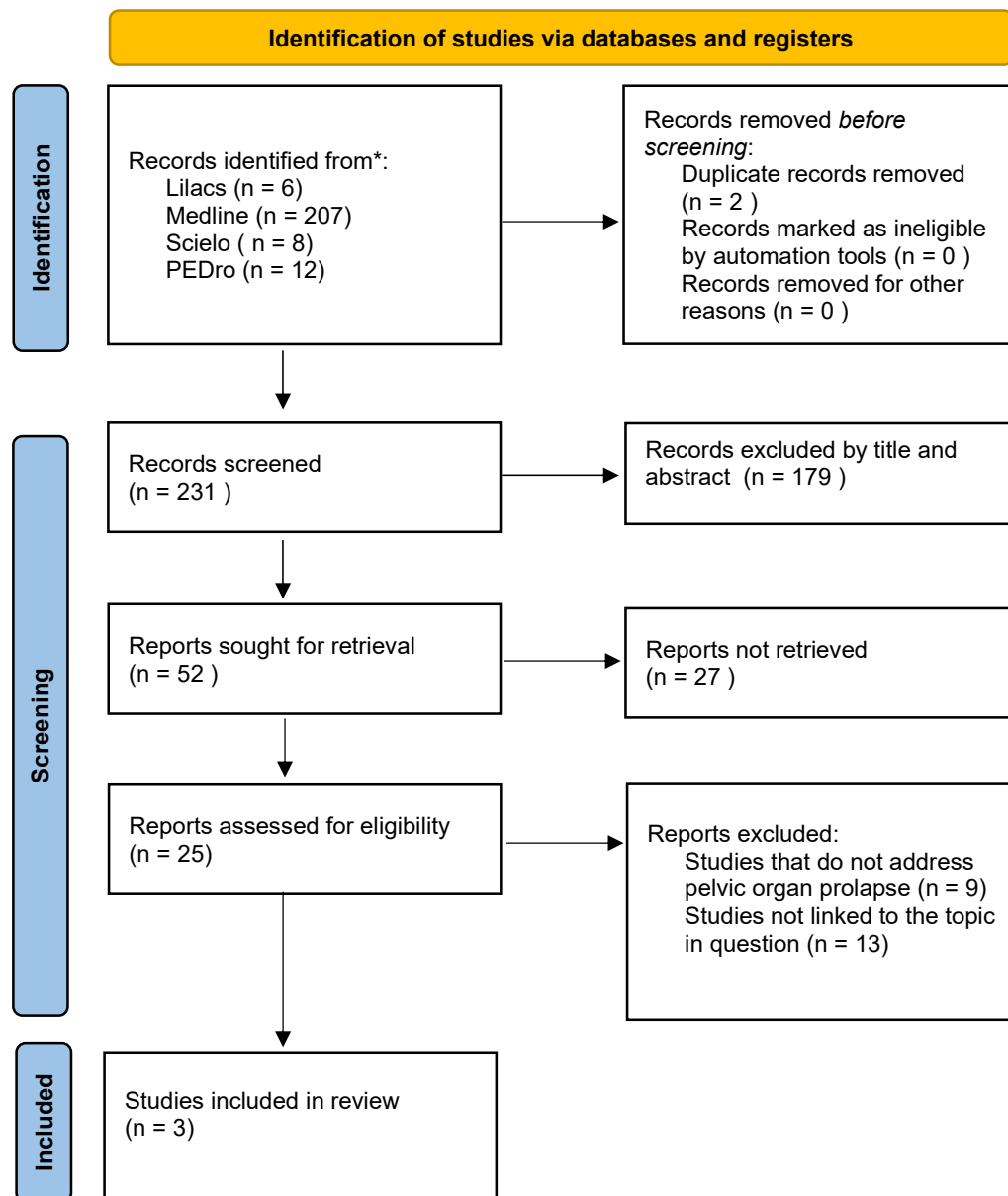
3.5 Características dos estudos incluídos

As características analisadas nos estudos incluídos na amostra foram o autor e ano de publicação, tipo de estudo, objetivos, população, tratamento de grupo controle e de intervenção, tempo, duração e frequência semanal, os principais desfechos funcionais, métodos avaliativos, resultados e informações estatísticas, essas informações que serão coletadas dos estudos serão apresentadas no resultado.

4 RESULTADOS

Esta seção tem como finalidade mostrar o percurso da pesquisa e os resultados obtidos, descrevendo cada etapa do processo, desde a identificação dos trabalhos até a inclusão dos artigos. O esquema PRISMA abaixo oferece uma visão da quantidade de artigos identificados, duplicados, excluídos e os trabalhos selecionados. Além disso, é importante mencionar as bases de dados que foram utilizadas: Lilacs (6); Medline (207); Scielo (8); PEDro (12).

Figura 1: Fluxograma representando a seleção dos estudos incluídos.



Fonte: Fluxograma desenvolvido pelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) e adaptado pelos autores. Disponível em www.prisma.statement.org.

Foram extraídos dados de 3 artigos que estão descritos no Quadro 3, de acordo com tratamento de intervenção e tratamento de grupo controle, quanto ao ano de publicação os estudos presentes são dos anos de 2012 e 2023, em relação ao tipo de estudos são considerados como ensaio clínico randomizado, sendo a população mulheres com POP em ambos. No Quadro 4 é possível observar os principais aspectos dos resultados nos estudos inclusos.

Quadro 3- Características dos estudos incluídos

Autor\ano	Objetivo	Tipo de estudo	Característica da amostra	Tratamento grupo controle	Tratamento Grupo intervenção	Frequência, tempo e duração.
Bernardes <i>et al.</i> , (2012)	Avaliar a eficácia do TMAP e de exercícios hipopressivos para aumentar a AST do musculo levantador do ânus.	Ensaio clínico randomizado	58 mulheres com POP grau II GI: (n=21) GII: (n=21) GIII: (n=16)	GIII – uma consulta com um fisioterapeuta e recebeu orientações sobre como contrair os músculos do assoalho pélvico durante aumento de pressão abdominal.	GI: treinamento de MAP GII: exercícios hipopressivos nas posições deitada e em pé, associados a contração dos MAP.	GI: 3 series diárias de 8 a 12 contrações, em diferentes posições, cada uma mantida por 6-8 segundos; GII: 10 repetições, por 3 a 8 segundos. GIII: realizou 1 consulta com fisioterapeuta e recebeu orientação para contrair a MAP durante aumentos de pressão abdominal, sem seguir protocolo definido.
Limbutar <i>a et al.</i> , (2023)	Avaliar o alcance das metas relatadas pelos pacientes em participantes com POP que receberam TMAP em comparação com o pessário vaginal.	Ensaio clínico randomizado	40 mulheres com POP grau II e III GC: (n=20) GI: (n=20)	GC: tratamento com pessário.	GI: TMAP.	GI: 2x por semana, 3 séries de 8-12 contrações máximas, 3 vezes ao dia. GC: foi avaliado após 2 semanas, os participantes que tiveram queda do pessário ou desconforto receberam um novo ajuste e foram revisados novamente após 2 semanas. Todos os participantes foram avaliados após 6 semanas para monitorar.
Embaby <i>et al.</i> , (2023)	Avaliar a importância dos exercícios de estabilidade central versus terapia interferencial na força dos músculos do assoalho pélvico em mulheres com POP.	Ensaio clínico randomizado	40 mulheres com POP grau I e II GC: (n=20) GI: (n=20)	GC: terapia interferencial.	GI: exercícios de estabilidade central.	GI: realizaram exercícios de estabilidade central 10x por sessão, 3 sessões por semana durante 12 sessões. GC: receberam terapia interferencial, 3x por semana durante 12 sessões.

Fonte: autoria própria (2024). Legenda: TMAP= treinamento muscular do assoalho pélvico; AST = área de secção transversa; GI= grupo I; GII = grupo II; GIII = grupo III; MAP= musculatura do assoalho pélvico; POP= prolapso de órgãos pélvicos; GC= grupo controle; GI= grupo intervenção.

Quadro 4- Resultados e informações dos estudos incluídos.

Autor\ano	Desfechos	Métodos avaliativos	Resultados	Informações estatísticas
Bernardes <i>et al.</i> (2012).	AST do musculo levantador do ânus.	Avaliação da AST do musculo levantador do ânus por meio de ultrassonografia transperineal bidimensional.	A AST do músculo levantador do ânus aumentou significativamente com a fisioterapia entre as mulheres com POP.	A comparação entre os grupos mostrou que os resultados do GI e GII foram semelhantes ($P=0,078$); GI e GIII foram diferentes ($P<0,001$); e GII e GIII também foram diferentes ($P=0,015$). Isto indicou que a AST após a fisioterapia aumentou de forma semelhante nos dois grupos de tratamento.
Limbutara <i>et al.</i> (2023).	QV dos pacientes com POP.	EVA, P-QOL e PISQ-IR pós-tratamento em ambos os grupos.	O tratamento com pessário para POP rendeu melhores resultados totais de metas e melhor qualidade de vida do que o TMAP para tratamento de POP em um acompanhamento de 6 semanas.	O grupo de pessário foram 70% (14/20) significativamente maiores do que no grupo de TMAP em 30% (6/20), a média $\pm$ DP do grau de realização pela EVA no grupo pessário vaginal foi significativamente maior do que no grupo TMAP ($6,60 \pm 3,09$ vs $3,10 \pm 2,09$, $p < 0,01$).
Embaby <i>et al.</i> , (2023).	músculos centrais profundos e dos MAPs.	Foram utilizados uma escala de classificação de Oxford modificada e um perineômetro para avaliar o desempenho e a pressão de compressão vaginal.	O programa de treinamento central aumenta a postura, o equilíbrio, a tensão e a força dos músculos centrais profundos e dos MAPs.	Os valores da escala de classificação de Oxford modificada e a pressão de compressão vaginal tiveram uma diferença não estatisticamente significativa (p -valor $\geq 0,05$) entre ambos os grupos pré-tratamento, enquanto teve uma diferença estatisticamente significativa (valor $p \leq 0,05$) entre ambos os grupos pós-tratamento em favor do GI.

Fonte: Autoria própria (2024). Legenda: TMAP = treinamento muscular do assoalho pélvico; AST= área de secção transversa; POP= prolapso de órgãos pélvicos; QV= qualidade de vida; P-QOL= questionário de qualidade de vida em prolapso; PISQ-IR= questionário sexual sobre prolapso de órgãos pélvicos, incontinência, revisado pela IUGA; GI= grupo I; GII = grupo II; GIII = grupo III; EVA = escala visual analógica; MAP= musculatura do assoalho pélvico; DP= desvio padrão.

Bernardes BT *et al.*, (2012), realizou um estudo com o objetivo de avaliar a eficácia do TMAP e de exercícios hipopressivos para aumentar a AST do músculo levantador do ânus. Onde foram selecionadas 58 mulheres com POP, que foram constituídos três grupos distintos, dois grupos de tratamento, cada um com 21 pacientes, sendo grupo I (GI) composto por exercícios domiciliares para incontinência urinária, grupo II (GII) exercícios hipopressivos nas posições deitada e em pé, associados a contração da musculatura do assoalho pélvico (MAP), e um grupo controle o grupo III (GIII), com 16 pacientes que realizaram uma consulta com um fisioterapeuta e recebeu orientações sobre como contrair os músculos do assoalho pélvico durante aumento de pressão abdominal.

O protocolo de exercícios domiciliares utilizado por Bernardes BT *et al.*, (2012), para o GI consistiu em três séries de 8 a 12 repetições, realizadas nas posições deitada, sentada e em pé, com cada contração mantida por 6 a 8 segundos. No GII, o protocolo incluiu 10 repetições de exercícios hipopressivos nas posições deitada e em pé, combinadas com a contração dos músculos do assoalho pélvico por 3 a 8 segundos. Já o GIII participou apenas de uma consulta com um fisioterapeuta, recebendo orientações para contrair a musculatura do assoalho pélvico durante aumentos de pressão abdominal, sem um protocolo definido a ser seguido.

Bernardes BT *et al.*, (2012), relata que a comparação entre os grupos mostrou que os resultados do GI e GII foram semelhantes ($P=0,078$), enquanto GI e GIII foram diferentes ($P=<0,001$), e GII e GIII também apresentaram diferença significativa ($P= 0,015$). E para ele esses resultados indicaram que a amplitude de suporte da bexiga após a fisioterapia aumentou de forma semelhante nos grupos de tratamento. Além disso, a atividade do músculo levantador do ânus aumentou significativamente com a fisioterapia para o POP, com resultados similares entre PFMT e os exercícios hipopressivos

De acordo com Limbutara *et al.*, (2023), foram selecionadas 40 mulheres com prolapso de órgãos estágio II e III, para avaliar o alcance das metas relatadas pelas pacientes que receberam treinamento do músculo do assoalho pélvico (PFMT), em comparação com aquelas que receberam tratamento com pessário vaginal. As pacientes foram alocadas aleatoriamente sendo 20 para o

grupo de intervenção (GI) para o tratamento de PFMT, e 20 para o grupo controle (GC) com uso do pessário vaginal.

No estudo de Limbutara *et al.*, (2023), o GI consistia na prática dos exercícios 2x por semana, realizando 3 séries de 8-12 contrações máximas, 3 vezes ao dia, o número de sessões foi registrado para cada participante. Todos os participantes foram agendados para avaliações 2 e 6 semanas após o início do tratamento. No GC, foram utilizados pessários anelares, todos feitos de silicone. As participantes do GC também foram agendados para avaliações 2 e 6 semanas após o início do tratamento para monitorar os efeitos colaterais e preencher questionários sobre o tratamento.

Os métodos avaliativos utilizados por Limbutara *et al.*, (2023), incluíram o grau de realização, medido pela Escala Visual Analógica (VAS), e a diferença na pontuação do Questionário de Qualidade de Vida em Prolapso (P-QOL) e Questionário sexual sobre prolapso de órgãos pélvicos, incontinência, revisado pela IUGA (PISQ-IR), avaliada pós-tratamento em ambos os grupos. No GC, 70% (14/20) das pacientes atingiram as metas, significativamente mais do que no GI, onde apenas 30% (6/20) atingiram as metas. A média $\pm$ DP do grau de realização pela EVA foi significativamente maior no GC comparado ao GI ($6,60 \pm 3,09$ vs. $3,10 \pm 2,09$, $p < 0,01$). Os resultados mostraram que o tratamento com pessário para POP rendeu melhores resultados totais de metas e uma melhor qualidade de vida do que o PFMT em um acompanhamento de 6 semanas.

Segundo o estudo de Embaby *et al.*, (2023), que teve como objetivo, avaliar a importância dos exercícios de estabilidade central versus terapia interferencial na força dos músculos do assoalho pélvico em mulheres com POP. Foi realizado em 40 mulheres, sendo 20 para o GI com os exercícios de estabilidade central, e o GC com a terapia interferencial. No GI, as pacientes realizaram exercícios de estabilidade central 10 vezes por sessão, 3 sessões por semana durante 12 sessões. No GC, as pacientes receberam terapia interferencial 3 vezes por semana durante 12 sessões.

O método avaliativo no estudo de Embaby *et al.*, (2023), foi utilizado uma escala de classificação de Oxford modificada e um perineômetro para avaliar o desempenho e a pressão de compressão vaginal nos métodos avaliativos. Além

disso, o autor relata que não houve diferença estatisticamente significativa (p -valor $\geq 0,05$) nos valores da escala de classificação de Oxford modificada, e na pressão de compressão vaginal entre ambos os grupos pré-tratamento. No entanto, observou-se uma diferença estatisticamente significativa (valor $p \leq 0,05$) entre os dois grupos pós-tratamento, com vantagem para o GI.

Para Embaby *et al.*, (2023), este resultado sugere que o programa de treinamento central não apenas aumenta a postura, equilíbrio, tensão e força dos músculos centrais profundos, mas também demonstra uma melhora significativa na pressão de compressão vaginal em comparação com a terapia interferencial.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou analisar criteriosamente a eficácia da cinesioterapia como tratamento para mulheres diagnosticadas com POP. Durante as buscas, foi notada uma escassez de ensaios clínicos que abordavam a eficácia da cinesioterapia no tratamento do prolapso de órgãos pélvicos em mulheres.

Observando o estudo feito por Bernardes *et al.*, (2012) que comparou a eficácia do treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP) e dos exercícios hipopressivos, onde ambos os métodos se mostraram eficazes em aumentar a atividade do músculo levantador do ânus, com melhorias semelhantes nos grupos de tratamento quando comparados ao grupo controle. No entanto, os autores relatam que não houve diferença significativa entre os dois métodos, sugerindo que a escolha entre TMAP e exercícios hipopressivos pode depender das preferências individuais das pacientes e da disponibilidade de recursos.

Por outro lado, Limbutara *et al.*, (2023), comparou o tratamento usando o pessário vaginal ao TMAP no alcance de metas que foram relatadas pelas pacientes com POP ao final do estudo. Os resultados desse estudo revelaram que um maior número de participantes no grupo pessário alcançaram totalmente suas metas de tratamento em comparação com o grupo TMAP. Além disso, o grau de realização e a qualidade de vida relatada pelas pacientes foram significativamente maiores no grupo do pessário vaginal.

Limbutara *et al.*, (2023) relatam no estudo que isso pode ser explicado pelo fato de que o pessário vaginal pode oferecer uma redução imediata do POP e a restauração da anatomia normal, em comparação às pacientes que receberam apenas TMAP. Segundo esses autores, isso ocorre porque o tratamento geralmente necessita de mais tempo para que atinja seu potencial máximo, onde só houve relatos de melhorias pelas pacientes a partir de 3 a 6 semanas após o início do TMAP, no que correlacionou com resultados do estudo.

No estudo de Bernardes *et al.*, (2012), são identificados a idade e a presença de disfunção do assoalho pélvico como dois fatores determinantes que influenciam diretamente a AST inicial em mulheres, a idade em particular, é um fator incontornável, uma vez que o envelhecimento está associado a uma

redução natural de força muscular. Em paralelo, Limbutara *et al.*, (2023) ampliam essa discussão ao incluir também a força muscular basal do assoalho pélvico e o índice de massa corporal, como fatores adicionais que podem influenciar os resultados do TMAP, essa abordagem de Limbutara *et al.*, (2023), pode fornecer quadros mais completos para a personalização das intervenções, ajustando o treinamento não apenas com base na idade e na presença de disfunções, mas também considerando a condição física em geral, e o estado de saúde do paciente.

Já o estudo de Embaby *et al.*, (2023) que investigou os efeitos do treinamento de estabilidade central com a terapia interferencial na força dos músculos do assoalho pélvico em mulheres com POP. Para os autores o treinamento sobrecarregou continuamente a capacidade metabólica dos músculos, resultando em adaptações musculares que poderiam apoiar os resultados do estudo. O crescimento das fibras musculares e a ativação das unidades motoras levaram ao aumento da força muscular. Além disso, esses exercícios que fortaleceram os músculos mais profundos do tronco e melhoraram a postura e o equilíbrio, ofereceram também benefícios adicionais que vão além do simples fortalecimento do assoalho pélvico. Já a terapia interferencial, que foi avaliada pela classificação de Oxford não demonstrou os mesmos níveis de melhoria na força muscular e na pressão de compressão vaginal.

Os estudos de Limbutara *et al.*, (2023) e Embaby *et al.*, (2023), destacam-se pela ausência de desistências ao longo das intervenções, mesmo com a duração prolongada de semanas. Por outro lado, Bernardes *et al.*, (2012), apresenta um cenário diferente pois durante o período de reavaliação de três meses, cinco pacientes do grupo controle foram perdidos, três desistiram, um se mudou e um foi submetido a cirurgia corretiva do POP. Limbutara *et al.*, (2023) e Embaby *et al.*, (2023), demonstraram que é possível alcançar uma adesão completa, mesmo em um programa de longa duração, quando há um suporte adequado, a experiência relatada por Bernardes *et al.*, (2012) evidenciou os desafios enfrentados, especialmente no grupo controle, onde a ausência de intervenção ativa pode desmotivar os participantes.

Em contrapartida, apesar da escassez de estudos publicados na literatura, os estudos que foram incluídos neste trabalho ofereceram benefícios

significativos na maioria dos sintomas de POP e na melhoria da função do assoalho pélvico.

6 CONCLUSÃO

Com base nos estudos apresentados, a cinesioterapia pode trazer muitos benefícios para mulheres com prolapso de órgãos pélvicos, aliviando os sintomas, melhorando a qualidade de vida e reduzindo a necessidade de intervenções cirúrgicas. É importante que as pacientes sejam incentivadas a praticar os exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, pois isso pode ajudar na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, reduzir o grau de prolapso e diminuir seu impacto de vida diária.

Além disso, sugerimos que novas pesquisas sejam desenvolvidas para avaliar a eficácia da cinesioterapia no tratamento de prolapso de órgãos pélvicos especialmente se iniciada precocemente, o que pode ser crucial para a prevenção dessa condição.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, G.R.; SOUZA, N.M.P.; LEITE, A.B. Avaliação do impacto na qualidade de vida das pacientes submetidas a procedimento cirúrgico de correção de prolapso de órgão pélvico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**; v.23, n.3, p.01-09. 2023
- ARAUJO, J.E.L.; SANTOS, S.S.; POSTOL, M.K. Abordagem fisioterapêutica na reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso genital. **Fisioterapia Brasil**; v.21, n.4, p.388-395. 2020
- Ashton-Miller JA, DeLancey JO. Sobre a biomecânica do parto vaginal e sequelas comuns. *Annu Rev Biomed Eng* 2009.
- Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.579.
- BARROS, C.R.; MACHADO, R.B.; CAMARGO, A.C.M.; GOLLOP, T.R. Avaliação da Qualidade de vida com P-Qol em mulheres submetidas ao tratamento de prolapso de órgãos pélvicos com pessário. **Revista Multidisciplinar da Saúde (RMS)**; v.3, n.4, p.29-42. 2021.
- BATISTA, R.S.A.L.; LOTFI, L.O.; CHAVES, S.A.; COELHO, R.P.A. et al. Prolapso genital em mulheres idosas e diabéticas. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação-REASE**; v.09, n.08, p.1229-1238. 2023.
- BERNARDES BT.; Resende AP.; Stüpp L.; Oliveira E.; Castro RA.; Bella ZI.; Girão MJ.; Sartori MG. Efficacy of pelvic floor muscle training and hypopressive exercises for treating pelvic organ prolapse in women: randomized controlled trial. *Sao Paulo Med J*. 2012;130(1):5-9. DOI: 10.1590/s1516-31802012000100002. PMID: 22344353; PMCID: PMC10906685.
- BO, K.; Brækken, I.H.; Majida, M.; Engh, M.E. Constriction of the levator hiatus during instruction of pelvic floor or transversus abdominis contraction: a 4D ultrasound study. **Int Urogynecol J**; v.20, p.27-32. 2009
- BRITO, L.G.O.; CASTRO, E.B.; JULIATO, C.R.T. Prolapso dos órgãos pélvicos. **FEMINA**; v.47, n.1, p. 42-5. 2019
- Bump RC.; Mattiasson A.; Bø K.; Brubaker LP.; DeLancey JO.; Klarskov P. et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1996.
- Bump RC.; Norton PA. Epidemiologia e história natural da disfunção do assoalho pélvico. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998.

Casco M e Corton MM. Avaliação dos músculos levantadores do ânus e da parede pélvica na síndrome do levantador do ânus. Urol Nurs 2009.

de Albuquerque Coelho SC, de Castro EB, Juliato CR. Female pelvic organ prolapse using pessaries: systematic review. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2016.

EICKMEYER SM. Anatomia e fisiologia do assoalho pélvico. Phys Med Rehabil Clin N Am 2017.

EMBABY HM.; Ahmed MM.; Mohamed GI.; Koura MH.; Salem HH.; Elbanna M.; Aboeleneen A.; El-Sayed AF.; Elnahas EM. Impact of core stability exercises vs. interferential therapy on pelvic floor muscle strength in women with pelvic organ prolapse. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2023 Feb;27(4):1255-1261. doi:10.26355/eurrev_202302_31358. PMID: 36876664.

FARIAS, A.X.; MARIANO, K.S.; SILVA, K.C.C. A eficácia da cinesioterapia no prolapso de órgãos pélvicos em mulheres. **Research, Society and Development**.; v. 11, n. 13, p.01-08. 2022

FITZ, F.F.; SANTOS, A.C.C.; STÜPP, L.; BERNARDES, A.P.M.R.; MARX, A.G. Impact of treatment of cervical cancer in the pelvic floor. **FEMINA**.; v.39, n. 8, p.387-393. 2011.

GLISOI, F. N.; GIRELLI, P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com continência urinária. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2011 nov-dez;9(6):408-13.

GOUVEIA, Priscila Fernandes; AMBROGINI, Carolina Carvalho; HAIDDAR, Mauro Abi; SILVA, Ivaldo. Métodos de avaliação do assoalho pélvico. 2012. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-683419>>. Acesso em: 20/05/2024.

HADDAD, Jorge M. e ROSSI, Patrícia de in HALBE, Hans Wolfgang. Tratado de Ginecologia. 3ªed. São Paulo: Ed. Roca, 2000.

Hall AF.; Theofrastous JP.; Cundiff GW. et al. Interobserver and intraobserver reliability of the proposed International Continence Society, Society of Gynecologic Surgeons, and American Urogynecologic Society pelvic organ prolapse classification system. Am J Obstet Gynecol 1996.

Knorst MR.; Cavazzotto K.; Henrique M.; Resende TL. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. Rev Bras Fisioter 2012;16(2):102-7.

Korelo RIG.; Gruber CR.; Nagata AS.; Huhnen EY.; Dutra E.; Santos EFN et al. Atuação da fisioterapia na síndrome do assoalho pélvico – vulvodínia e vaginismo – uma revisão da literatura. *Fisioter Evid* 2011;2(2):6-8.

Lien KC.; Mooney B.; DeLancey JO.; Ashton-Miller JA. Estiramento do músculo levantador do ânus induzido por parto vaginal simulado. *Obsteto Ginecol*. 2004.

LIMBUTARA W.; Bunyavejchevin S.; Ruanphoo P.; Chiengthong K. Patient-reported goal achievements after pelvic floor muscle training versus pessary in women with pelvic organ prolapse. A randomised controlled trial. *J Obstet Gynaecol*. 2023 Dec;43(1):2181061. doi: 10.1080/01443615.2023.2181061. PMID: 36803636.

MASCARENHAS, T. Disfunções do pavimento pélvico: Incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos. Portugal: Permanyer, 2010. p. 97-139. Disponível em: <[www.fspog.com/fotos/ editor2/cap_30.pdf](http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_30.pdf)>. Acesso em: 01/05/2024.

McLachlan JC, Patten D. Anatomy teaching: ghosts of the past, present and future. *Med Educ*. 2006.

MOREIRA, A.B. **Sexualidade em pacientes submetidas a cirurgias para correção de prolapso genital com tela sintética: uma revisão sistemática e metanálise**. 2021. 65f. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, Brasília. 2021.

MORENO, L.M.; VILLA, L.S.C.; MELLUZZI, M.D.; CARVALHO, F.P. et al. Eficácia da cinesioterapia no tratamento de prolapso de órgãos pélvicos em mulheres. **Brazilian Journal of Development**.; v.7, n.1, p.10225-10242. 2021

Oliveira IM e Carvalho VCP. Prolapso de órgãos pélvicos: etiologia, diagnóstico e tratamento conservador, uma metanálise. *Femina* 2007.

PEREIRA, Ana Gilza Pinheiro e MEJIA, Dayana Priscila Maia. O PAPEL DA FISIOTERAPIA NO PROLAPSO UTERINO. 2010. Disponível em: <https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/97/320_Papel_da_Fisioterapia_no_Prolapso_Uterino.pdf>. Acesso em: 01/05/2024.

PEREIRA, G.; MEJIA, D.P.M. O papel da fisioterapia no prolapso uterino. **Revista de Reabilitação em Ortopedia e Traumatologia da faculdade Faipe**.; v.8, n.5, p.6-18. 2017

PINHEIRO, B. F. et al. Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias como toque digital e com auxílio do biofeedback. *Fisioter. Mov*, Curitiba, v. 25, n. 3, p. 639-648, set 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/fm/v25n3/19.pdf>. Acesso em: 10/05/2024.

Quiroz LH.; Muñoz A.; Shippey SH.; Gutman RE.; Handa VL. Vaginal parity and pelvic organ prolapse. J Reprod Med. 2010.

RIGUEIRA, Filipa de Almeida. Sintomas, expectativas e qualidade de vida na abordagem do Prolapso de Órgãos Pélvicos. 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31306/1/FilipaARigueira.pdf>>. Acesso em: 05/05/2024.

Rodrigues AM.; Oliveira LM.; Martins KF.; Roy CA.; Sartori MGF.; Girão MJBC. et al. Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira. Rev Bras Ginecol Obstet 2009.

Rodrigues BP. Abordagem fisioterapêutica na incontinência urinária de esforço na mulher idosa [Monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida; 2008.

RUTH, E.O.C.; MEDEIROS, M.V.S.; SOUZA, T.B.V. **Prevalência Do Prolapso De Órgãos Pélvicos e a Sua Associação Com Alteração Da Estética Vaginal e Disfunção Sexual Em Mulheres No Pós- Parto: Uma Visão Do Profissional Fisioterapeuta.** 2022. 28f. Trabalho de conclusão de curso, Universidade Progresso, Curitiba. 2022.

SGORLON, N.O.; CARVALHO, J.F.; MENSCH, M. A atuação da fisioterapia pélvica frente às disfunções apresentadas em gestantes e puérperas. **Anais do Fórum Rondoniense de Pesquisa**, v.2, n.7, p.01-03. 2021.

SILVA, Lindalva Rodrigues da. MANUAL CLÍNICO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS. 2019. Disponível em: <<http://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/trabalhoConclusaoWS?idpessoal=70596&idprograma=40001016073P0&anobase=2019&idtc=2>>. Acesso em: 05/05/2024.

SILVA, N.C.S.; LIVRAMENTO, R.A. Intervenção da fisioterapia pélvica no tratamento do prolapso genital: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**.; v.5, n.5, p.3402-3414. 2023.

Swift SE.; Tate SB.; Nicholas J. Correlação dos sintomas com o grau de suporte dos órgãos pélvicos em uma população geral de mulheres: o que é prolapso dos órgãos pélvicos? Sou J Obstet Ginecol 2003;189:372-7.

VERBEEK, M.; HAYWARD, L. Pelvic floor dysfunction and its effect on quality of sexual life. **Sexual medicine reviews**.; v.7, n.4, p.559-564. 2019.

XARDEZ Y. Vade-Mécum de cinesioterapia. 4ª ed. São Paulo: Andrey, 2001.