

## ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DE PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

PHYSIOTHERAPY APPROACH IN THE TREATMENT OF PELVIC ORGANS PROLAPSE

Eva Victória da Costa Miranda<sup>1</sup>, Me. Helmorany Nunes de Araújo<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Aluna do Curso de Fisioterapia

<sup>2</sup> Professora Mestre do Curso de Fisioterapia

### Resumo

**Introdução:** O prolapso de órgãos pélvicos é uma patologia comum que atinge mulheres em diferentes estágios da vida, essa condição está associada a fatores como multiparidade, parto vaginal e sobrepeso. Dentro dos diferentes tipos de tratamentos conservadores, existe a fisioterapia com grande área de destaque na atuação das disfunções pélvicas. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi compreender os efeitos da fisioterapia no tratamento do prolapso e identificar quais os recursos que tiveram os melhores resultados. **Métodos:** Esse trabalho se trata de uma revisão de literatura, onde foram selecionados artigos que abordassem os efeitos da fisioterapia no tratamento do prolapso pélvico, anexados nas bases de dados MEDLINE/PubMed, Scielo, LILACS, BVS e PEDro. **Resultados:** Foram incluídos na pesquisa nove artigos que mostraram que a fisioterapia como tratamento de primeira linha teve melhores resultados do que os pacientes que receberam orientações sobre o estilo de vida, mostrando a eficácia dessa abordagem. Os principais recursos utilizados foram treinamento muscular do assoalho pélvico, eletroestimulação e biofeedback. **Conclusão:** A fisioterapia foi eficaz no tratamento do prolapso, diminuindo os sintomas incômodos do quadro e proporcionando uma melhor qualidade de vida para as pacientes.

**Palavras-Chave:** prolapso; tratamento; biofeedback; fisioterapia.

### Abstract

**Introduction:** Pelvic organ prolapse is a common pathology that affects women at different stages of life, this condition is associated with several factors such as multiparity, vaginal delivery and overweight. Within the different types of conservative treatment, there is physiotherapy with a large area of prominence in the performance of pelvic dysfunctions. **Objective:** The objective of this study was to understand the effects of physiotherapy in the treatment of prolapse and to identify which resources had the best results. **Methods:** This work is a literature review, where articles were selected that spoke of the effect of physiotherapy on treatment of pelvic prolapse, attached to the MEDLINE/PubMed, Scielo, LILACS, BVS and PEDro databases. **Results:** Nine articles were included in the survey that showed that physical therapy as a first-line treatment had better results than patients who received lifestyle guidance, showing the effectiveness of this approach. The main resources used were pelvic floor muscle training, electrostimulation and biofeedback. **Conclusion:** Physical therapy was effective in the treatment of prolapse, reducing the uncomfortable symptoms of the condition and providing a better quality of life for patients.

**Keywords:** prolapse; treatment; biofeedback; physical therapy.

**Contato:** eva.miranda@souicesp.com.br; helmorany.nunes@icesp.edu.br

### Introdução

O prolapso de órgão pélvico, ou prolapso genital, pode ser definido como a exteriorização dos órgãos pélvicos pelo canal vaginal, nisso inclui-se a bexiga, útero, fundo vaginal ou reto (BARACHO, 2012).

Essa disfunção atinge mulheres em diferentes fases da vida. Sabe-se que o número de gestações, o sobrepeso e o envelhecimento são agravantes desta patologia, que não levam as pacientes a óbito, mas pioram sua qualidade de vida e atividades do dia a dia (ABRAMS ET AL, 2009). O impacto do prolapso na sociedade, reflete em uma doença negligenciada pela educação, ter o conhecimento sobre essa condição seria benéfico para o conhecimento e tratamento da doença (CARROLL ET AL, 2022).

Com o envelhecimento da população é esperado que o número de mulheres com prolapso venha a aumentar, isso se torna uma questão de saúde pública. No estudo de (Horst 2015), foram examinadas 423 mulheres, 52,3% das mulheres examinadas no estudo tinham algum grau de prolapso genital, o prolapso de grau 1 da parede anterior da vagina foi o mais prevalente, 41 anos foi a média de idade das mulheres no estudo com queixa de prolapso.

Existe a possibilidade da correção cirúrgica, que deve ser ofertada para casos avançados de prolapso ou quadros em que o tratamento conservador não obtenha melhora. Dentre os tipos de cirurgias mais comuns estão: a histerectomia, sacrocolpopexia abdominal, técnica de colpocleise de Lefort e a colporrafia (KUSUDA ET AL, 2022).

Para os casos em que a cirurgia não é possível durante um momento da vida, como no período gestacional ou por comorbidades que põem em risco a saúde da paciente, a fisioterapia deve continuar como forma de tratamento conservador. A fisioterapia pélvica tem crescido nos últimos tempos e contribuído para melhora da qualidade de vida de mulheres que sofrem com disfunções do assoalho pélvico, promovendo saúde e bem estar. Dentre os recursos dessa abordagem se destacam o treinamento dos músculos do assoalho pélvico, o biofeedback, os cones vaginais e a eletroestimulação.

Visto o crescimento que a fisioterapia pélvica tem passado no decorrer dos últimos anos, este trabalho teve como objetivo compreender os efeitos da fisioterapia no tratamento dos prolapso de órgãos pélvicos e identificar quais os recursos que tiveram os melhores resultados, supondo o efeito positivo que essa abordagem faria na qualidade de vida das mulheres.

## Materiais e Métodos

A pesquisa foi uma revisão de literatura, os artigos foram pesquisados nas seguintes bases de dados: Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE/PubMed), Biblioteca Eletrônica Científica Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Base de Dados de Evidências em Fisioterapia (PEDro). Com as seguintes palavras chaves padronizadas pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português e Medical Subject Headings (MeSH) em inglês: prolapso/prolapse, prolapso de órgão pélvico/pelvic organ prolapse and physiotherapy, fisioterapia/physiotherapy and treatment, reabilitação/rehabilitation.

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos que abordassem sobre o tratamento fisioterapêutico do prolapso genital através dos seus diversos recursos, publicados nos últimos dez anos. Foram excluídos artigos que não explicavam as intervenções detalhadamente, ou que associavam a fisioterapia a intervenções cirúrgicas, assim como aqueles que não foram possíveis o acesso ao material completo como artigos duplicados e bloqueados.

## Resultados

Após a seleção foram incluídos no estudo nove artigos, o fluxograma (figura 1) mostra como foi realizado o andamento da pesquisa e o processo de verificação até chegar ao número de artigos selecionados.

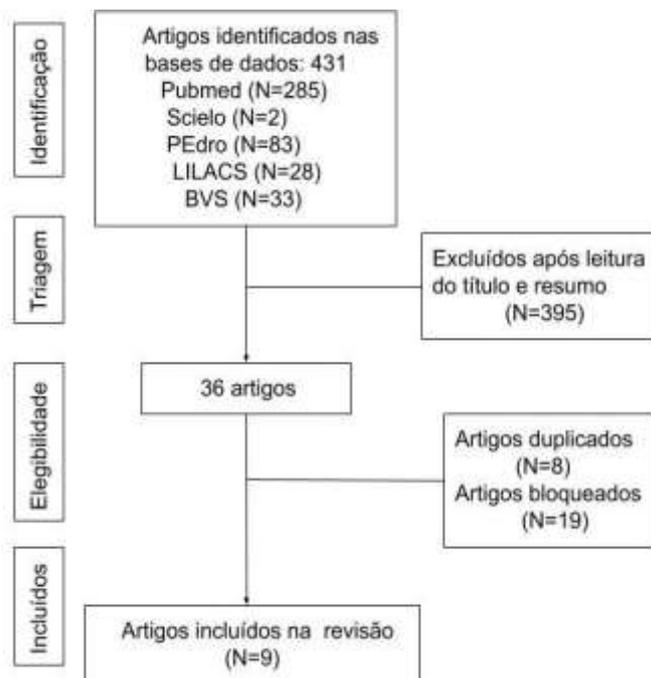


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos.

No quadro 1 é apresentada as informações dos artigos que foram incluídos, os recursos utilizados, a avaliação e resultados de cada pesquisa.

Quadro 1. Descrição dos artigos que foram incluídos.

Autor, ano	Participantes	Intervenção	Avaliação	Resultados	Conclusão
Ahadi et al, 2017	38 participantes (prolapso estágio I ou II) divididas em dois grupos, sendo 19 no grupo de exercício com média de idade de 43 anos (DP: $\pm 10,0$ anos) e 19 no grupo com BF <sup>1</sup> com média de idade de 42 anos (DP: $\pm 12,0$ anos)	Ambos os grupos recebiam orientações comportamentais e exercícios para os MAP com cinco séries de 10 repetições sustentadas durante 5 segundos. O grupo BF usou esse recurso para exercícios durante oito sessões de 30 minutos.  O estudo teve duração de 3 meses.	A QV foi avaliada pelo questionário P-QOL. A força dos MAP, e o estágio do prolapso foi avaliado por exame físico de acordo com o sistema POP-Q.	Houve diferença significativa entre os dois grupos, a favor do grupo BF em relação a QV, nos domínios de impacto do prolapso e limitação social. Houve melhora em ambos os grupos na força dos MAP, em ambos os grupos, sem diferença entre eles. Não houve mudanças no estágio dos prolapso.	O BF é um tratamento não invasivo que melhora a QV das mulheres que sofrem com prolapso em estágio 1 e 2.
Due; Brostrom; Lose, 2015	109 participantes (prolapso estágio I ou II), sendo 53 mulheres no grupo orientações comportamentais com média de idade de 58 anos (entre 34–79 anos) e 56 mulheres no grupo TMAP, com média de idade de 60 anos (entre 33-79 anos)	Ambos os grupos receberam aconselhamento sobre o estilo de vida. No grupo TMAP foram adicionados exercícios para os MAP, em grupo com foco na pré- contração consciente nos momentos de aumento da pressão intra-abdominal. Os treinamentos em casa foram compostos por 3 séries de 10 contrações musculares sustentadas por 10 segundos.	Autoavaliação de melhora após tratamento avaliado através do PGI-I. O estágio do prolapso pelo POP-Q, o PFDI-20 foi usado para avaliar sintomas urinários, fecais e vaginais; o PFIQ-7 avaliou o impacto dos sintomas na QV e o PISQ-12 avaliou as queixas sexuais.	Em 6 meses de acompanhamento, mais mulheres do grupo TMAP relataram melhora nos sintomas gerais do prolapso. Ambos os grupos tiveram melhora significativa nos sintomas urinários e intestinais. Nenhum grupo teve melhora em sintomas sexuais ou no grau do prolapso.	Adicionar um programa de TMAP às orientações comportamentais para prolapso gerou resultados superiores em uma escala global e nos sintomas de prolapso.
Due; Brostrom; Perde, 2016	109 mulheres (prolapso estágio I a III), sendo 53 no grupo de orientações comportamentais e 56 no grupo de TMAP. A média de idade das participantes foi de 60 anos (entre 33–79 anos)	Todas as mulheres receberam orientações para melhorar o estilo de vida e aliviar os sintomas relacionados ao prolapso durante 12 semanas. O grupo TMAP foi acompanhado por fisioterapeuta e foram instruídos a realizar	A sensação global de melhora foi pontuada com o PGI-I, o PFDI-20 foi usado para avaliar sintomas urinários, fecais e vaginais relacionados ao prolapso; a QV foi avaliada pelo PFIQ-7, o impacto na sexualidade foi	No acompanhamento de 12 meses, 13 mulheres do grupo orientações apresentaram melhora significativa apenas nos sintomas urinários, especialmente nos sintomas de IUE. No grupo TMAP, 21 mulheres apresentaram melhora	Em 12 meses a adição de TMAP para cuidados do assoalho pélvico é limitada.

<sup>1</sup> DP: desvio-padrão; MAP: músculos do assoalho pélvico; BF: *biofeedback*; QV; Qualidade de vida; P-QOL: *Prolapse Quality of Life questionnaire*; POP-Q; *pelvic organ prolapse quantification*; TMAP; treinamento muscular do assoalho pélvico; PGI-I; *Patient Global Index of Improvement Scale*; PFDI-20; *Pelvic Floor Distress Inventory- Short Form-20*; PFIQ-7; *Pelvic Floor Impact Questionnaire Short Form-7*; PISQ-12: *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire*; IUE: incontinência urinária de esforço.

		exercícios dos MAP cinco dias na semana.	examinado com o questionário PISQ-12 <sup>2</sup> ; foi avaliado também os efeitos da intervenção no pós de 12 meses e o número de mulheres que receberam tratamento adicional nesse período.	dos sintomas relacionados ao prolapso e sintomas intestinais. Não houve diferença significativa entre grupos na QV, e no número de mulheres que buscaram outros tratamentos para prolapso a longo prazo.	
Gu et al, 2022	77 participantes (prolapso estágio I ou II) divididas em dois grupos, o grupo BF formado por 40 participantes com média de idade 51,6 anos (DP: ± 4.1 anos) e 37 mulheres no grupo controle com média de idade de 52,8 (DP:± 4.9 anos)	Ambos os grupos recebiam orientações comportamentais e TMAP baseado em contrações rápidas e lentas dos MAP mantidas de acordo com a capacidade individual. O grupo BF recebeu cinco consultas para uso desse recurso durante o TMAP.	Taxa de ativação correta do assoalho pélvico, medidas ultrassonográficas de posição da bexiga com relação à sínfise púbica e a área dos músculos levantadores do ânus	O grupo BF apresentou uma melhora significativamente maior que o grupo controle nas medidas avaliadas pelo ultrassom. As mulheres do grupo BF realizaram contrações perineais mais corretas e tiveram melhor consciência corporal.	O BF é eficaz para realização do TMAP e pode melhorar significativamente os sintomas do prolapso e aumentar a capacidade muscular dos MAP.
Hagen et al, 2014	447 participantes (prolapso estágio I,II ou III) divididas em grupo intervenção formado por 225 mulheres com média de idade de 56,2 anos (DP:± 11.60 anos) e grupo controle com 222 mulheres com média de idade de 57,5 anos (DP: ±11.39 anos)	O grupo intervenção recebeu orientações comportamentais e cinco sessões com fisioterapeuta para realizar o TMAP de forma domiciliar por 10 vezes, mantendo 10 segundos e 50 repetições de contração rápida. As mulheres também foram aconselhadas a pré contrair os músculos contra aumento da pressão intra-abdominal. Já o grupo controle não recebia nenhum tratamento, apenas um folheto com orientações sobre o estilo de vida.	Os sintomas de prolapso pelo questionário POP-SS, a percepção subjetiva de melhora e QV através de autoclassificação (0 a 10); sintomas de incontinência urinária pelo ICIQ-SF; sintomas intestinais pelo sintomas sexuais pelo PISQ-12; a saúde geral pelo SF-12; e medidas do prolapso pelo sistema POP-Q.	Somente as mulheres do grupo intervenção relataram melhora significativa dos sintomas do prolapso. Houve maiores chances, mas não significativas, das mulheres do grupo intervenção terem um prolapso de baixa gravidade. Aos 12 meses, significativamente mais mulheres no controle grupo receberam mais tratamentos. O impacto sobre a QV, aos 6 meses, foi significativamente menor no grupo de intervenção.	O treinamento dos MAP deve ser recomendado para o manejo conservador do prolapso. Os benefícios a longo prazo devem ser investigados, assim como os efeitos em subgrupos específicos.
Hagen et al, 2017	412 participantes (prolapso estágio I,II ou III) divididas em dois grupos de 206 participantes cada, sendo grupo intervenção com média de	O grupo intervenção recebeu TMAP através de cinco consultas com fisioterapeuta, orientações sobre estilo de vida. E a orientação de realizar	A gravidade do prolapso pelo POP-Q. A gravidade dos sintomas pelo POP-SS; a QV foi avaliada pelo ICIQ-VS; auto-relato de	A pontuação média dos sintomas de gravidade do prolapso foi significativamente menor no grupo de intervenção. Não houveram diferenças significativas em dois	O TMAP leva a uma pequena, mas importante redução dos sintomas do prolapso e menor necessidade de tratamentos futuros para esse

<sup>2</sup> PISQ-12: *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire*; QV; Qualidade de vida; BF; biofeedback; DP: desvio-padrão; TMAP; treinamento muscular do assoalho pélvico; MAP: músculos do assoalho pélvico; POP-SS: *Pelvic Organ Prolapse Symptom Score*; ICIQ-SF: *International Consultation on Incontinence Questionnaire*; PISQ-12: *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire*; SF-12: *12-Item Short Form Health Survey*; POP-Q; *Pelvic Organ Prolapse Quantification*; ICIQ-VS; *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Vaginal Symptoms*.

	idade de 46,5 anos (entre 33-61 anos) e grupo controle com média de idade de 47 anos (entre 31-59 anos)	exercícios do método Pilates de forma domiciliar. Já as participantes do grupo controle receberam um folheto de aconselhamento sobre estilo de vida.	saúde e bem-estar pelo SF-12 <sup>3</sup> ; sintomas urinários pelo ICIQ-UI ; sintomas evacuatórios pelo ICIQ-Bowel; e sintomas sexuais pelo PISQ-12.	anos entre os grupos na QV. A necessidade de tratamento adicional após 2 anos foi menos comum no grupo intervenção. Houve uma diferença significativa em dois anos a favor do grupo de intervenção na diminuição dos sintomas urinários, sem diferença entre os grupos nos sintomas intestinais e sexuais.	problema. Essa informação é importante para mulheres e cuidadores, pois pode ser considerada uma estratégia preventiva.
Özengin ;Yildirim; Duran, 2015	55 participantes (prolapso estágio I ou II) divididas em grupo TMAP com 32 mulheres com média de idade de 47,52 anos (DP: ±10.5 anos) e 23 mulheres no grupo estabilização abdominal com média de 43,68 anos (DP: ± 8.41 anos).	Para o grupo de exercícios de estabilização abdominal foi dado orientação educacional sobre a musculatura abdominal, atividade dividida em aquecimento, exercícios de estabilização e desaquecimento, 3 dias por semanas, durante 1 hora por 8 semanas. E ao grupo de TMAP foi dado um programa de treinamento domiciliar trabalhando contrações rápidas e sustentadas, começando com 5 séries de 10 repetições evoluindo para 30 séries por dia.	Avaliação da gravidade do prolapso foi feita pelo POP-Q, a ativação muscular dos MAP foi avaliada pela avaliação ultrassonográfica; a QV foi avaliada pela P-QOL.	Nos dois grupos foi encontrado um aumento na capacidade de ativação muscular perineal sem diferença significativa. Houveram mudanças nas medidas do POP-Q em ambos os grupos sem diferença significativa. A QV melhorou em ambos os grupos, uma diferença estatisticamente significativa foi detectado a favor do grupo de exercícios de estabilização que pontuou melhor no parâmetro de percepção geral da saúde, enquanto nos parâmetros de sono e nível de energia o grupo TMAP teve pontuação significativamente melhor.	Concluiu-se que ambos os métodos utilizados aumentaram a força muscular e melhoraram o grau de prolapso de órgão pélvico. Os exercícios de estabilização aumentaram a percepção da saúde, recomenda-se que esses sejam incluídos no programa de tratamento para mulheres com prolapso.
Panman et al, 2016	287 participantes (prolapso estágio I ou II), sendo 145 no grupo TMAP com média de idade de 64,5 anos (DP ±6.8 anos). E 142 mulheres no grupo controle com média de idade de 64 anos (DP: ±6.5 anos).	Todas as participantes receberam informações sobre os MAP. O grupo TMAP realizou exercícios de contrações rápidas e sustentadas para os MAP em decúbito e durante atividades funcionais. Para aprendizado da contração muscular foi utilizado biofeedback em 23 participantes e estimulação elétrica	O questionário PFDI-20 foi utilizado para avaliação dos sintomas do assoalho pélvico. O desconforto pélvico foi avaliado pelo POPDI-6; os sintomas colorretais/anais através do questionário CRADI-8 e os sintomas urinários pelo UDI-6. A QV foi avaliada	O grupo TMAP apresentou uma melhora significativa em comparação ao grupo controle, em relação aos desconfortos gerados pelo prolapso e nos sintomas miccionais e intestinais, a longo prazo essa diferença se manteve. Não houve diferença entre grupos com relação a sintomas sexuais e QV.	O TMAP resultou em melhora dos sintomas do assoalho pélvico em comparação ao grupo controle. Portanto o TMAP pode ser indicado a mulheres com desconforto e incômodos leves de prolapso.

<sup>3</sup> SF-12: 12-Item Short Form Health Survey; ICIQ-UI: *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Urinary Incontinence*; ICIQ-Bowel: *Symptoms Early Short-Form*; PISQ-12: *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire*; TMAP: treinamento muscular do assoalho pélvico; DP: desvio-padrão; POP-Q: *Pelvic Organ Prolapse Quantification*; MAP: músculos do assoalho pélvico; QV: qualidade de vida; ; P-QOL: *Prolapse Quality of Life*; ; PFDI-20: *Pelvic Floor Distress Inventory-20*; POPDI-6: *Pelvic Organ Prolapse Distress*; CRADI-8: *Colorectal/Anal Distress Inventory-8*; UDI-6: *Urinary Distress Inventory-6*; PFIQ-7: *Pelvic Floor Impact Questionnaire*.

		em 11 no grupo TMAP. O grupo controle não recebeu intervenção.	pelo PFIQ-7. A função sexual pelo PISQ-12. A percepção de melhora foi avaliada por uma escala linear de cinco pontos. O grau de prolapso foi avaliado pelo POP-Q. E os custos financeiros pelo questionário EuroQol 5D-3L.	Não houve diferença na alteração de grau de prolapso nos grupos. Os custos a curto prazo foram maiores no grupo TMAP, e os gastos com absorventes foram maiores a longo prazo no grupo controle.	
Zhong et al 2021	104 mulheres (prolapso estágio I ou II) participaram do estudo, sendo 52 no grupo intervenção com média de idade de 28,9 anos (DP: ±4.8 anos) e 52 no grupo controle com média de idade de 29,6 anos (DP: ±5.4 anos)	Ambos os grupos receberam exercícios para os MAP de 20-30 minutos, três vezes ao dia e treino vaginal com cones uma vez por dia. Apenas o grupo intervenção recebeu também estimulação elétrica e BF. A intensidade da corrente aumentava até 69 mA. Para fibras musculares tipo 1 foi dada frequência entre 10 a 50 Hz e amplitude de 320 a 740 us. E para fibras do tipo 2 foi aplicado frequência de 20-80 Hz e amplitude de 20-320 us. Além disso, na sessão o BF eletromiográfico era usado durante o TMAP. Cada sessão durou 30 minutos duas vezes por semana.	A eficácia do tratamento através das medidas de capacidades musculares dos MAP. O método POP-Q foi utilizado para avaliar o grau do prolapso. A eletromiografia da musculatura pélvica para avaliar a ativação muscular. Para avaliar os sintomas urinários e sexuais foi utilizado o questionário PISQ-12. A QV foi avaliada através dos questionários PFIQ-7 e PFDI-20.	O grau de prolapso nos dois grupos foi para estágio 0 ou I, e o grupo intervenção foi significativamente melhor que no grupo controle. O potencial muscular, após o tratamento, foi significativamente maior no grupo intervenção. Houve uma melhora significativa no grupo de estudo nos sintomas sexuais e na QV.	A eficácia do tratamento foi maior no grupo intervenção, pois a pressão muscular dos MAP, os sintomas do prolapso e o potencial muscular melhoraram. O exercício combinado com biofeedback e estimulação elétrica é benéfico para a melhora clínica.

PISQ-12: *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire*; POP-Q: *Pelvic Organ Prolapse Quantification*; EuroQol 5D-3L: *EuroQol Health Status Measure*; TMAP; treinamento muscular do assoalho pélvico; DP: desvio-padrão; MAP; músculos do assoalho pélvico; BF; biofeedback; mA; miliamperes; Hz; hertz; us: microsegundos; PISQ-12: *Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Function Questionnaire-12*; QV: qualidade de vida; PFIQ-7: *Pelvic Floor Impact Questionnaire*; PFDI-20: *Pelvic Floor Distress Inventory-20*;

## Discussão

Os achados da presente revisão sugerem que pacientes com prolapso de órgãos pélvicos, que receberam o TMAP, como tratamento de primeira linha, tiveram melhores resultados do que pacientes que não receberam o tratamento fisioterapêutico. Nota-se redução das chances de agravamento do quadro e menos gastos com tratamento a longo prazo.

Todos os autores utilizaram o treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP) como intervenção de tratamento, seja no grupo intervenção e/ou no grupo controle. O TMAP tem se mostrado a ferramenta mais eficaz no tratamento das mulheres que sofrem com disfunções do assoalho pélvico, é um treinamento conservador de primeira linha para

muitos distúrbios, sendo uma intervenção minimamente invasiva para tratamento de incontinência urinária ou fecal, periparto, pós parto e dor pélvica crônica (WALLACE ET AL, 2019).

O recurso biofeedback foi utilizado nas pesquisas de Panman et al (2016), Ahadi et al (2017) e Gu et al (2022), esses autores tiveram resultados mais significativos nos grupos que usavam o biofeedback. Essa é uma ferramenta muito utilizada na reabilitação da musculatura pélvica, pois fornece informações em tempo real do comportamento da musculatura tanto no repouso, quanto na contração. Esse instrumento tem se mostrado importante para os profissionais especializados na área (BARACHO, 2012).

A eletroestimulação tem a função de proporcionar a contração muscular passiva do assoalho pélvico e dessa maneira conscientizar o paciente a identificar a musculatura correta e realizar o exercício. É capaz também de reforçar a musculatura perineal, aumentar o comprimento funcional e melhorar a consciência corporal ensinando a maneira correta de contrair (BARACHO, 2012). Esse recurso foi utilizado nas pesquisas de Panman et al (2016) e Zhong et al (2021). A estimulação elétrica na pesquisa de Panman et al (2016) foi utilizada apenas em 11 pacientes do grupo TMAP (Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico).

Os cones vaginais são dispositivos feitos de aço inoxidável, com revestimento plástico e um fio de náilon no ápice, podem ser encontrados em diferentes cores e pesos que variam de 25g a 65g. São utilizados durante o TMAP, com objetivo de treinar as fibras musculares e restaurar as funções musculares. O fisioterapeuta indica o cone, e os tipos de exercícios a serem feitos com base na avaliação clínica (BARACHO, 2012). O autor Zhong et al (2021) utilizou os cones vaginais e treinamento muscular em sua pesquisa em ambos os grupos, mas o grupo intervenção teve uma melhora mais significativa, essa melhora pode ter sido por conta da utilização da estimulação elétrica e biofeedback nesse grupo.

A classificação do prolapso se dá pelo teste objetivo de POP-Q, que é o teste de escolha pela ICS (*International Continence Society*), esse teste propõe medidas pré-estáticas da pelve da mulher. São nove medidas que o POP-Q usa, o hímen é utilizado como o ponto zero, o que está dentro do canal vaginal recebe um valor negativo, o que está fora da vagina recebe um valor positivo. Dessas nove medidas, seis são chamadas de dinâmicas onde a paciente irá fazer manobra de valsalva, e com a régua posicionada é realizado as medidas, e as outras três são estáticas com a paciente sem fazer nenhum esforço (HORST, 2015). Os autores Ozengin, Yildirim e Duran (2015) foram os únicos que relataram melhoras significativas em ambos os grupos nas medidas de POP-Q em seu estudo.

Pelo POP-Q os prolapso são identificados e classificados em: estágio 0: ausência de prolapso; estágio 1: protusão parcial de até 1 centímetro para dentro do hímen; estágio 2: protusão que atinge o hímen mas não ultrapassa, entre 1 centímetro acima, 1 centímetro abaixo; estágio 3: protusão que ultrapassa o hímen, 1 centímetro abaixo do hímen sem ocorrer eversão total; estágio 4: protrusão completa do órgão pélvico. (HORST, 2015). Essa ferramenta foi utilizada por todos os estudos encontrados nesta pesquisa, mostrando a grande importância dessa medida.

Os autores Panman et al (2016), Zhong et al (2021), Due, Brostom e Lose (2015), Gu et al (2022), Ahadi et al (2017) e Ozengin, Yildirim e Duran (2015) elegeram para compor a amostra mulheres com grau de prolapso no estágio I e II. Nos estudos de Due, Brostom e Lose (2016), Hagen et al (2014) as

mulheres tinham prolapso com graus variando de I a III.

Panman et al (2016), foram os únicos autores que mostraram em seu estudo os custos de tratamento, ao comparar os efeitos e custo-efetividade do TMAP de mulheres idosas. Foi mostrado no estudo que as mulheres que participaram do grupo intervenção tiveram mais sucesso no tratamento a curto prazo. Os gastos das mulheres do grupo intervenção foi menor com absorventes, já o grupo controle teve um gasto maior a longo prazo com absorventes. Então, conclui-se que um gasto com fisioterapia apresenta retornos futuros. Segundo Fenocchi et al (2022) o TMAP reduz o risco geral de tratamento a longo prazo para distúrbios do assoalho pélvico, e a necessidade de tratamento hospitalar.

Em seu estudo, Due, Brostom e Lose (2016) não encontrou resultados tão significativos no acompanhamento de 12 meses, apenas 13 mulheres do grupo orientação apresentaram melhora, e no grupo TMAP apenas 21 mulheres tiveram melhora dos sintomas. Já Due, Brostom e Lose (2015) em 6 meses de acompanhamento mais mulheres do grupo TMAP relataram melhoras dos sintomas.

Todos os autores em seu estudo utilizaram as orientações sobre o estilo de vida, em um dos grupos ou nos dois grupos que participaram da intervenção. Alguns fatores não podem ser evitados, mas é importante orientar que existe a possibilidade do prolapso se desenvolver em mulheres que tiveram parto vaginal, número de gestações elevado, etnia caucasiana, doença do colágeno e envelhecimento. Alguns cuidados devem ser tomados para evitar que o prolapso piore ou que ele apareça: como cuidar da alimentação e evitar o sobrepeso principalmente durante a gestação, evitar a constipação, tosse crônica, correções posturais, realizar exercícios perineais de forma correta (PALMA, 2009).

## Conclusão

A fisioterapia se mostrou eficaz no tratamento do prolapso, diminuindo os sintomas incômodos do quadro e proporcionando uma melhor qualidade de vida para as pacientes. Os principais recursos utilizados foram o treinamento muscular do assoalho pélvico, o biofeedback e a eletroestimulação.

## Referências

Abrams, Paulo et al. Incontinence. 6. th edition. Tokyo: Icut, 2009. Disponível em: <https://www.ics.org/education/icspublications/icibooks/6thicibook>.

Ahadi, Tannaz; Taghvadoost, Neda; Aminimoghaddam, Soheila; Forgh, Bijan; Bazazbehbahani Roxana; Reza Raissi, Gholam. Efficacy of biofeedback on quality of life in stages I and II pelvic organ prolapse: A pilot study. *European journal of obstetrics and gynecology and reproductive biology*.215:241-246.Agosto,2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.023>

Baracho, Elza. Fisioterapia na saúde da mulher. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

Carroll Louise, O' Sullivan Cliona, Doody Catherine, Perrotta Carla, Fullen Brona. Pelvic organ prolapse: The lived experience. *The lived experience. PLoS One* (17(11)). *Journal.pone.0276788*. Editor: Antonio Simone Laganá, University of Palermo, ITALY. August 10, 2022. Published: November 2, 2022 Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276788>

Due, Ulla; Brostrom, Soren; Lose, Gunnar. Lifestyle advice with or without pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: A randomized controlled trial. *Int urogynecol J*. 2016 apr;27/04:555-63. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2852-0>

Due Ulla, Brostrøm Soren, Lose Gunnar. The 12-month effects of structured lifestyle advice and pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 95(7):811-9. Julho,2016 Disponível em: <https://doi.org/10.1111/aogs.12884>

Gu, Xiaoning; Yang, Min; Liu, Fang; Liu, Dongmei; Shi, Fuwen. Effects of adding ultrasound biofeedback to individualized pelvic floor muscle training on extensibility of the pelvic floor muscle and anterior pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Contrast Media Mol Imaging*. 2022 Jun 23; 2022:4818011. PMID: 35833069. Disponível em: [10.1155/2022/4818011](https://doi.org/10.1155/2022/4818011)

Hagen, Suzanne et al. Pelvic floor muscle training for secondary prevention of pelvic organ prolapse (PREVPROL): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 389(10067):393-402.2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32109-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32109-2).

Hagen, Suzanne et al. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 383:796-806. 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61977-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61977-7).

Horst, Wagner. Prolapsos de órgãos pélvicos: prevalência e fatores de risco em uma população brasileira. Orientador Dr. Jean Carl Silva-JOINVILLE: UNIVILLE, 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Meio Ambiente- Universidade da Região de Joinville), 17 Dezembro 2015. Disponível em: [https://www.univille.edu.br/account/ppgsma/VirtualDisk.html?action=readFile&file=Dissertacao\\_Final\\_Wagner\\_Horst.pdf&current=/Dissertacoes\\_completas/2015](https://www.univille.edu.br/account/ppgsma/VirtualDisk.html?action=readFile&file=Dissertacao_Final_Wagner_Horst.pdf&current=/Dissertacoes_completas/2015).

Kusuda, Mayuko; Kagami, Keiko; Takahashi, Ikumi; Nozaki, Takahiro; Sakamoto, Ikuko. Comparison of transvaginal mesh surgery and robot-assisted sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *BMC Surgery*. 22(1):1-5.2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12893-022-01702-z>

Ozengin, Nuriye; Un Yildirim, Necmiye; Duran, Bulent. A comparison between stabilization exercises and pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse. *Turk J Obstet Gynecol*. 2015 Mar;12(1):11-17. doi: 10.4274/tjod.74317. 2015. Disponível em:<https://doi.org/10.4274/tjod.74317>

Panman, CMCR; Wiegersma, M; Kollen, BJ; Berger, MY; Lisman-Van Leeuwen; Vermeulen, KM. Two-year effects and cost-effectiveness of pelvic floor muscle training in mild pelvic organ prolapse: A randomised controlled trial in primary care. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016 Mar 21;124(3):511-520. 2016 Mar 21. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13992>

PALMA, Paulo. Urofisioterapia: Aplicações Clínicas das Técnicas Fisioterapêuticas nas Disfunções Miccionais e do Assoalho Pélvico. 1.ed. Campinas/SP: Personal Link Comunicações Ltda, 2009.

Wallace L. Shannon; Miller D. Lucia; Mishra Kavita. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Curr opin obstet gynecol*, California, USA. 2019, 31:000–000 DOI:10.1097/GCO.0000000000000584 [www.co-obgyn.com](http://www.co-obgyn.com)

Zhong, Fulian; Miao, Wenbin; Yu, Zhixia; Hong, Lu; Deng, Ni na. Clinical effect of electrical stimulation biofeedback therapy combined with pelvic floor functional exercise on postpartum pelvic organ prolapse. 2021. Disponível em: [ajtr0013-6629.pdf \(nih.gov\)](#). the first department of gynecology, shenzhen hospital, university of chinese academy of sciences (Guangming), Shenzhen, Guangdong Province, China. Published June 30, 2021.



