

Recursos fisioterapêuticos para o tratamento de pré e pós-operatório de prolapso uterino

Physiotherapeutic resources for pre and post-operative treatment of uterine prolapse

Recursos fisioterapêuticos para el tratamiento pre y postoperatorio del prolapso uterino

Recebido: 04/10/2024 | Revisado: 12/10/2024 | Aceitado: 13/10/2024 | Publicado: 17/10/2024

Amabelis Rayana Amaral Vieira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3697-3915>

Universidade Paulista, Brasil

E-mail: amabelisrayanaamaral@gmail.com

Camila Coelho de Jesus

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4676-4936>

Universidade Paulista, Brasil

E-mail: coelhodejesuscamila@gmail.com

Eleilton Souza de Jesus

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1945-4406>

Universidade Paulista, Brasil

E-mail: eleilton.souza.jesus@hotmail.com

Israel Salanova Medeiros

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4939-2968>

Universidade Paulista, Brasil

E-mail: salanovaisrael@gmail.com

Jéssica Aline Fonseca da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1042-1595>

Universidade Paulista, Brasil

E-mail: jhe.aline1997@gmail.com

Felipe Éden Souza de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3691-2514>

Universidade Paulista, Brasil

E-mail: felipefisio902@gmail.com

Pabloena da Silva Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1027-1224>

Universidade Paulista, Brasil

E-mail: pabloena.pereira1804@gmail.com

Resumo

Introdução: O prolapso uterino é uma condição caracterizada pelo deslocamento do útero de sua posição usual, descendo em direção à vagina devido ao enfraquecimento dos músculos e ligamentos que o sustentam. Afeta até 50% das mulheres paridas, com 14% a 19% das mulheres submetidas a uma correção cirúrgica. **Objetivo:** Analisar os recursos fisioterapêuticos para o tratamento de pré e pós-operatória de prolapso uterino. **Metodologia:** Tipo de estudo sistemático e descritivo, a coleta de bases de dados SciELO e LILACS, PEDro abrangendo o período de 2015 a 2024. **Resultados:** Foram encontrados 44 títulos, destes, 10 artigos corresponderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, sendo 05 PEDro, 03 do LILACS e 02 do SciELO, destes estudos, 2 são do tipo ensaio clínico randomizado controlado, 2 são estudo controlado randomizado, 1 de coorte retrospectiva, 1 Questionário Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire-IUGA Revised (PISQ-IR), 1 estudo clínico, 1 estudo de caso, 1 estudo transversal e 1 estudo observacional prospectivo, 4 foram publicados em inglês, e 6 em português, abordando os recursos fisioterapêuticos para o tratamento de pré e pós-operatória de prolapso uterino. **Conclusão:** Conclui-se que os estudos voltados especificamente para o tratamento de prolapso uterino são escassos, porém, por meio das literaturas evidenciadas de Prolapso de órgãos pélvicos e complicações como incontinência urinária, pode-se compreender como as intervenções da fisioterapia podem influenciar na recuperação nos períodos pré e pós-operatório de forma positiva e eficaz.

Palavras-chave: Terapêuticos; Pré-operatório; Pós-operatório; Prolapso uterino; Incontinência urinária; Assoalho pélvico.

Abstract

Introduction: Uterine prolapse is a condition characterized by the displacement of the uterus from its usual position, descending towards the vagina due to the weakening of the muscles and ligaments that support it. It affects up to 50% of women who have given birth, with 14% to 19% of women undergoing surgical correction. **Objective:** To analyze physiotherapeutic resources for the pre- and postoperative treatment of uterine prolapse. **Methodology:** Systematic and

descriptive study type, collection of SciELO and LILACS databases, PEDro covering the period from 2015 to 2024. Results: 44 titles were found, of which 10 articles corresponded to the previously established inclusion criteria, 05 PEDro, 03 from LILACS and 02 from SciELO, of these studies, 2 are of the randomized controlled clinical trial type, 2 are randomized controlled studies, 1 retrospective cohort, 1 Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire-IUGA Revised (PISQ-IR) questionnaire, 1 clinical study, 1 case study, 1 cross-sectional study and 1 prospective observational study, 4 were published in English, and 6 in Portuguese, addressing physiotherapeutic resources for the pre- and postoperative treatment of uterine prolapse. Conclusion: It is concluded that studies specifically aimed at the treatment of uterine prolapse are scarce, however, through the literature evidenced on Pelvic Organ Prolapse and complications such as urinary incontinence, it is possible to understand how physiotherapy interventions can influence recovery in the pre- and post-operative periods in a positive and effective way.

Keywords: Therapeutic; Pre- operative; Post-operative; Uterine prolapse; Urinary incontinence; Pelvic floor.

Resumen

Introducción: El prolapso uterino es una condición caracterizada por el desplazamiento del útero de su posición habitual, descendiendo hacia la vagina debido al debilitamiento de los músculos y ligamentos que lo sostienen. Afecta hasta al 50% de las mujeres que dan a luz, y entre el 14% y el 19% de las mujeres se someten a corrección quirúrgica. Objetivo: Analizar los recursos fisioterapéuticos para el tratamiento pre y postoperatorio del prolapso uterino. Metodología: Tipo de estudio sistemático y descriptivo, recopilando bases de datos SciELO y LILACS, PEDro que abarcan el período de 2015 a 2024. Resultados: Se encontraron 44 títulos, de los cuales 10 artículos correspondieron a los criterios de inclusión previamente establecidos, siendo 05 PEDro, 03 de LILACS. y 02 de SciELO, de estos estudios, 2 son ensayos clínicos controlados aleatorios, 2 son estudios controlados aleatorios, 1 es un estudio de cohorte retrospectivo, 1 Cuestionario Sexual de Prolapso/Incontinencia de Órganos Pélvicos-Cuestionario Revisado IUGA (PISQ-IR), 1 estudio clínico, 1 estudio de caso, 1 estudio transversal y 1 estudio observacional prospectivo, 4 fueron publicados en inglés y 6 en portugués, abordando recursos fisioterapéuticos para el tratamiento pre y postoperatorio del prolapso uterino. Conclusión: Se concluye que los estudios enfocados específicamente al tratamiento del prolapso uterino son escasos, sin embargo, a través de la literatura evidenciada sobre el prolapso de órganos pélvicos y complicaciones como la incontinencia urinaria, es posible comprender cómo las intervenciones de fisioterapia pueden influir en la recuperación en el pre- y postoperatorios de forma positiva y eficaz.

Palabras clave: Terapéuticos; Preoperatorio; Postoperatorio; Prolapso uterino; Incontinencia urinaria; Suelo pélvico.

1. Introdução

O prolapso dos órgãos pélvicos afeta metade das mulheres que tiveram partos anteriores e resulta do enfraquecimento das estruturas que sustentam esses órgãos e a vagina (Homola; Germund; Košťál, 2021). Este enfraquecimento pode ser atribuído à estrutura do colágeno e dos tecidos, que varia de acordo com a genética de cada paciente, assim como à história de vida individual e ao processo natural de envelhecimento (Saputra et al., 2022).

O prolapso uterino é uma condição em que o útero se desloca de sua posição normal e desce para a vagina devido ao enfraquecimento dos músculos e ligamentos que sustentam o útero. O tratamento do prolapso uterino pode envolver intervenção cirúrgica, especialmente em casos mais graves. No entanto, tanto antes quanto depois da cirurgia, a fisioterapia desempenha um papel importante no manejo dessa condição (Horst, 2015; FEBRASGO, 2021).

Como consequência, ocorre a descida dos órgãos pélvicos pela vagina, levando a uma deterioração na qualidade de vida. Isso leva muitas mulheres a procurar atendimento ginecológico e resulta em muitos encaminhamentos da atenção básica para serviços especializados em cirurgia do assoalho pélvico. Com o aumento da expectativa de vida da população, é previsto um aumento significativo de cerca de 43%, o número de cirurgias para o tratamento do prolapso genital nas próximas três décadas (Meriwether et al., 2019).

É importante ressaltar que o tratamento fisioterapêutico para o prolapso uterino deve ser personalizado de acordo com as necessidades individuais de cada paciente e supervisionado por um fisioterapeuta especializado nesse tipo de condição. Além disso, é essencial que o paciente siga as orientações médicas e mantenha um acompanhamento regular com sua equipe de saúde (Oliveira et al., 2021).

No tratamento pré e pós-operatório do prolapso uterino, a fisioterapia utiliza uma variedade de recursos terapêuticos para melhorar os sintomas e promover a recuperação. Durante a fase pré-operatória, é comum a prescrição de exercícios

específicos de fortalecimento do assoalho pélvico, visando aumentar a sustentação dos órgãos pélvicos e reduzir a gravidade do prolapso. Além disso, técnicas de biofeedback podem ser empregadas para ajudar as pacientes a desenvolver consciência e controle muscular adequado nessa região (Jelovsek et al., 2018; Ruth et al., 2022).

Após a cirurgia, a fisioterapia desempenha um papel crucial na reabilitação, utilizando modalidades como eletroterapia para reduzir a dor e o edema, terapia manual para melhorar a mobilidade dos tecidos, e orientações posturais e ergonômicas para prevenir recorrências e otimizar a recuperação funcional. A abordagem integrada da fisioterapia no pré e pós-operatório do prolapso uterino visa maximizar os resultados clínicos e a qualidade de vida das pacientes (Oliveira et al., 2021).

Diante dos expostos, a problemática da pesquisa, observa-se que a falta de informação, a resistência à prática de exercícios e a falta de acesso a serviços especializados são algumas das coisas que dificultam a adesão a esses tratamentos. Como a fisioterapia pode ser mais eficazmente incorporada ao cuidado pré e pós-operatório, considerando as dificuldades de adesão e a necessidade de adaptar o tratamento a diferentes perfis de pacientes?

A justificativa social, o prolapso uterino pode ter um impacto significativo na vida diária das mulheres, afetando sua função sexual, sua capacidade de realizar atividades cotidianas e até mesmo sua autoestima. Ao oferecer intervenções fisioterapêuticas antes e após a cirurgia, é possível não apenas melhorar os resultados clínicos, como também proporcionar suporte emocional e educacional às pacientes, capacitando-as a participar ativamente do próprio processo de recuperação (Dantas et al., 2021; Carroll et al., 2022).

O uso da pesquisa pelo fato de proporcionar uma abordagem holística para o tratamento dessa condição, antes da cirurgia, a fisioterapia é fundamental para fortalecer os músculos do assoalho pélvico, melhorando assim o suporte ao útero e preparando o corpo para a intervenção cirúrgica. E, após a cirurgia, a fisioterapia ajuda a acelerar a recuperação, aliviando desconfortos, restaurando a função do assoalho pélvico e melhorando a qualidade de vida das pacientes.

A inclusão de recursos fisioterapêuticos no tratamento pré e pós-operatório do prolapso uterino é respaldada por evidências científicas que demonstram benefícios significativos, como no pré-operatório o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico pode melhorar a função muscular e o suporte ao útero, facilitando assim a intervenção cirúrgica e potencialmente reduzindo os sintomas pós-operatórios (Horst, 2015).

Além disso, a fisioterapia pós-operatória, incluindo exercícios específicos do assoalho pélvico e técnicas de massagem perineal, tem sido associada a uma recuperação mais rápida e eficaz, com redução dos sintomas de incontinência urinária e melhora da função do assoalho pélvico (Baracho, 2018).

Tem como objetivo geral analisar os recursos fisioterapêuticos para o tratamento de pré e pós-operatória de prolapso uterino. E como específicos compreender o desenvolvimento da força e a resistência dos músculos do assoalho pélvico, alterações para o desenvolvimento do prolapso uterino e as indicações de cirurgia; Evidenciar a implementação das técnicas fisioterapêuticas que podem facilitar no processo de recuperação pré e pós cirúrgica; Discorrer as orientações práticas para pacientes sobre autocuidado, posturas adequadas, medidas de higiene pélvica e modificação de atividades cotidianas, tanto no pré quanto no pós-operatório de prolapso uterino.

2. Metodologia

Caraterísticas do Estudo

Estudo trata-se de revisão bibliográfica do tipo sistemático e descritivo. Segundo Cesário et al., (2020), descreve a pesquisa de revisão bibliográfica, do tipo específico de produção científica, com base em textos, artigos científicos, ensaios clínicos e críticos, resumos, realizando de forma rigorosa as pesquisas específicas do estudo.

As revisões sistemáticas é um método que responde a uma pergunta específica sobre um problema determinado, sendo especialmente relevante ao usar fontes de artigos científicos ou confiáveis, são bem aceitas em publicações acadêmicas e não exigem pesquisa de campo, pois se baseiam em artigos como fontes usadas na área da saúde (Correia & Mesquita, 2014).

Base de dados consultadas

O estudo foi realizado por meio de consultas aos indexadores de pesquisa nas bases de dados SciELO e LILACS, PEDro abrangendo o período de 2015 a 2024.

Fontes Bibliográficas

Para a pesquisa dos artigos serão utilizadas as palavras-chaves: Terapêuticos; Pré-operatória; Pós-operatória; Prolapso Uterino; Incontinência Urinária; Assoalho Pélvico. Therapeutic; Pre-operative; Post-operative; Uterine Prolapse; Urinary Incontinence; Pelvic Floor. Terapêutica; Preoperatorio; Postoperatorio; Prolapso Uterino; Incontinencia Urinaria; Suelo pélvico. Em seguida da definição dos descritores, decorrer-se-á a pesquisa em português, inglês e espanhol fazendo uso da busca avançada nas bases de dados.

CrITÉRIOS de Inclusão

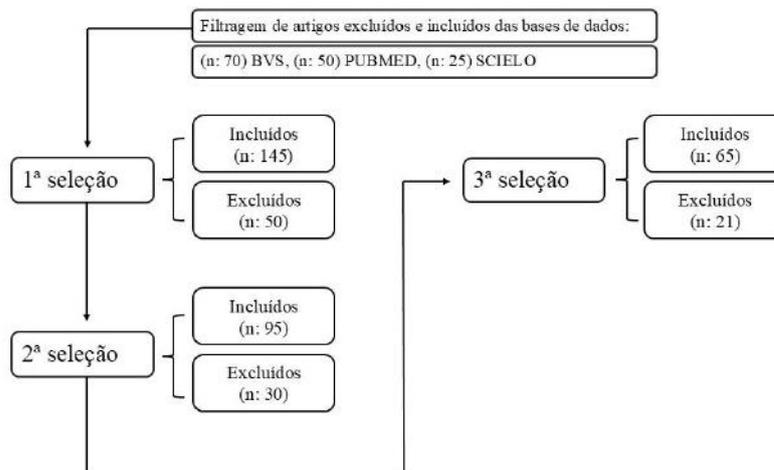
Os critérios de inclusão foram encontrados 44 títulos, destes, 10 artigos corresponderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos que foram usados nos resultados, sendo 05 PEDro, 03 do LILACS e 02 do SciELO, abordando os recursos fisioterapêuticos para o tratamento de pré e pós-operatório de prolapso uterino, nos idiomas inglês, espanhol e português.

Os critérios para inclusão para responder aos questionamentos hipotéticos: Como o desenvolvimento da força e a resistência dos músculos do assoalho pélvico por meio de exercícios específicos, podem melhorar o suporte uterino e preparar o paciente para a cirurgia? Quais as técnicas fisioterapêuticas, como massagem perineal suave e modalidades terapêuticas? Quais orientações práticas para pacientes sobre autocuidado, posturas adequadas, medidas de higiene pélvica e modificação de atividades cotidianas, tanto no pré quanto no pós-operatório de prolapso uterino?

CrITÉRIOS de exclusão

E, os de exclusão que não responderam a qualidade metodológica para os artigos, duplicados ou repetidos em bases de dados diferentes. Na primeira seleção foram excluídos 50 artigos, depois de uma leitura e filtragem dos artigos, na segunda seleção foram excluídos 30 artigos e na última análise, foram excluídos 21 artigos, como mostra na Figura 1.

Figura 1 - Filtragem da seleção dos artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão.



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Coleta de dados

Foi realizada nos meses de fevereiro à outubro de 2024, a coleta de dados através de análises de obras literárias já publicadas, destacando a ideologia dos mesmos.

Aspectos éticos

O presente estudo não será submetido ao Comitê de Ética Humano. Uma vez que, a coleta de dados não foi realizada em seres humanos, dispensa a apreciação do comitê, conforme resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde.

Limitações do estudo

As principais limitações dos estudos sobre os recursos fisioterapêuticos no tratamento de pré e pós-operatório de prolapso uterino incluem a falta de padronização nos protocolos de tratamento, a escassez de pesquisas com amostras robustas e seguimentos de longo prazo, além da dificuldade de generalizar os resultados devido à variabilidade individual entre as pacientes.

Perspectivas futuras

As perspectivas futuras incluem o desenvolvimento de diretrizes mais claras e personalizadas, estudos com maior rigor metodológico e a incorporação de tecnologias como biofeedback e realidade virtual para otimizar a reabilitação e adesão das pacientes aos tratamentos.

3. Resultados e Discussão

Inicialmente foram encontrados 44 títulos sobre o tema e, destes, 10 artigos corresponderam aos critérios de inclusão, sendo 05 PEDro, 03 do LILACS e 02 do SciELO, abordando os recursos fisioterapêuticos para o tratamento de pré e pós-operatório de prolapso uterino, nos idiomas inglês, espanhol e português.

Destes estudos, 2 são do tipo ensaio clínico randomizado controlado, 2 são estudo controlado randomizado, 1 de coorte retrospectiva, 1 Questionário Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire-IUGA Revised (PISQ-IR), 1 estudo clínico, 1 estudo de caso, 1 estudo transversal e 1 estudo observacional prospectivo, 4 foram publicados em inglês, e 6 em português, previamente estabelecidos, abordando as técnicas de fisioterapia (Quadro 1).

Quadro 1 - Seleção dos artigos com base na temática, 2024.

Autores/ Ano	Tipo de Estudo	Características da Amostra	Tipos de Intervenção	Principais Variáveis Analisadas	Resultados Significativos
Pires, (2022)	Coorte retrospectiva	Foram analisadas 122 mulheres, com média de idade de 66,8 anos (DP 7,5 anos) e tempo médio de seguimento de 16,1 meses (DP 7,4 meses). A recidiva do prolapso apical ocorreu em 7 (5,6%) pacientes. A recidiva foi significativamente maior ($p=0,018$) nos pacientes com estágio 4 (recorrência: n6; 15%) quando comparado aos demais pacientes (grupos estágio 2 e 3 – recidiva: n1; 1,2%). O tempo estimado de sobrevida livre de recidiva na curva de Kaplan-Meier foi de 51,6 meses (IC 95% – 40,3 a 62,8 meses) após a cirurgia.	O tratamento do prolapso apical com HSE sem uso de tela apresenta resultados superiores aos da histerectomia vaginal associada a técnicas de correção do prolapso apical descritos na literatura em relação aos índices de recidiva do prolapso.	Identificado uma lacuna no estudo no que diz respeito a avaliação do seguimento, tanto devido à perda de seguimento de muitas pacientes em instituição de curto prazo (em especial pela adesão as consultas ambulatoriais no pós-operatório), quanto devido a impossibilidade de manter o acompanhamento a longo prazo (pela incapacidade da instituição, dentro do quadro de atendimentos 100% SUS, em manter um alto volume de atendimentos ambulatoriais acumulados com o seguimento de 5 anos).	A histeropexia sacroespinhosa (HSE) se demonstrou técnica eficaz em nossos resultados, todavia, não dispensando novos estudos mais robustos em tamanho e seguimento.
Freitas, (2023)	Questionário Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire -IUGA Revised (PISQ-IR)	Trata-se de um questionário com 12 itens para pacientes sem atividade sexual e 21 itens para as sexualmente ativas.	O questionário Impacto do prolapso de órgãos pélvicos, da incontinência urinária e da incontinência fecal na função sexual feminina, PISQ-IR em português, é uma ferramenta confiável e válida que pode ser utilizada para a avaliação do impacto das principais DAP na função sexual feminina.	O PISQ-IR demonstrou boa confiabilidade ($> 0,5$ na maioria das subescalas, CIC = 0,996). Cada item do questionário apresentou concordância substancial entre as avaliações ($k > 0,6$ na maioria das subescalas).	Entre março de 2015 e julho de 2019 foram incluídas no estudo 226 pacientes, com média de idade de 58,71 anos. As principais queixas foram incontinência urinária de urgência (58,80%), incontinência urinária aos esforços (56,02%), incontinência urinária mista (42,60%), POP (33,80%) e incontinência anal (17,13%).
Sangsawang, & Sangsawang, (2016)	Estudo controlado randomizado	Setenta mulheres primigestas que tinham continente com idade gestacional de 20 a 30 semanas foram aleatoriamente designadas para participar dos grupos intervenção (n=35) e controle (n=35).	A intervenção foi um programa supervisionado de 6 semanas de MEAP com instrução verbal e um manual, três sessões de treinamento de 45 min com o pesquisador principal (na 1ª, 3ª e 5ª semana do programa) e treinamento autodiário em casa por um período total de 6 semanas. A condição de controle foi a MEAP e o teste de parada foi treinado pelo pesquisador principal para todos os participantes do grupo de	Ao final da intervenção, 2 das 35 mulheres do grupo de intervenção e 5 das 35 mulheres do grupo controle abandonaram o estudo. Portanto, o total de participantes do estudo foi composto por 63 gestantes (33 no grupo intervenção e 30 no grupo controle). Menos mulheres no grupo de intervenção relataram IUE do que o grupo controle: 9 de 33 (27,3%) versus 16 de 30 (53,3%) com 38 semanas de idade gestacional (OR 3,05, IC 95% 1,07-8,70, P = 0,018).	O programa de MEAP supervisionado de 6 semanas foi eficaz na prevenção da IUE e na diminuição da gravidade da IUE em gestantes que relataram IUE no final da gravidez. As mulheres que realizaram o programa de MEAP nas sessões de treinamento uma vez a cada duas semanas descobriram que o programa exige menos tempo, incorre em custos mais baixos e possivelmente oferece mais motivação para se exercitar. Este programa de MEAP

			intervenção.		supervisionado de 6 semanas pode ser adequado em situação clínica real.
Cepnja; Gupta, (2018)	Estudo clínico randomizado controlado	Mulheres ($N = 80$), M (DP), 30 (5) anos de idade e 29 (5) semanas de gestação com PPGP foram incluídas no estudo.	Todos os participantes foram tratados com MET e estimulação elétrica nervosa transcutânea simulada em ordem aleatória, seguida de fisioterapia padrão durante uma única sessão de fisioterapia.	Houve uma melhora consistente e estatisticamente significativa (valor de p , diferença média) na dor ($p < 0,001$, 2,6), função ($p < 0,001$, 1,0 s) e SLS esquerdo ($p < 0,001$, 4,4 s) e SLS direito ($p < 0,001$, 4,7 s) desde a linha de base em comparação com cada tempo de medição subsequente.	Os mecanismos que levam a melhorias na dor e na função permanecem desconhecidos, no entanto, não impede que as mulheres com PPGP recebam cuidados fisioterapêuticos.
Ptak et al., (2019)	Estudo clínico randomizado	Foram 137 mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE).	Os métodos de tratamento de primeira escolha mais comumente recomendados envolvem exercícios para os músculos do assoalho pélvico (MAP).	Foram qualificadas para análise (média de idade $53,1 \pm 5,5$). Para avaliar a efetividade do treinamento de MFP, foi utilizado o questionário de QV (ICIQ-LUTS qol). O treinamento de MAP para os grupos A (MAP+TrA) e B (MAP) foi planejado para 12 semanas.	O treinamento combinado dos MAP e do músculo sinérgico (TrA) quanto os exercícios isolados dos MAP melhoram a QV de mulheres com IUE. No entanto, a fisioterapia combinada dos músculos MAP e TrA é mais eficaz.
Barros et al., (2021)	Estudo clínico	Foram incluídas 12 pacientes voluntárias com idade média de 73,81, sendo a idade mínima de 56 e máxima de 90 anos, com prolapso de órgão pélvico e com indicação de tratamento com pessário.	As pacientes foram avaliadas quanto ao grau do prolapso de acordo com o Pelvic Organ Prolapse Quantification System. Este questionário foi aplicado no início da primeira semana de tratamento e repetido após 24 semanas de uso do dispositivo.	A média de idade das participantes voluntárias foi de 73,81; a avaliação com o P-Qol ocorreu com intervalo de seis meses, apontando como resultado melhora significativa após o uso do pessário nos nove domínios do questionário de qualidade de vida P-Qol, sendo os domínios de emoções (p 0,003), percepção de saúde (p 0,003), impacto do prolapso (p 0,004) e medida de severidade (p 0,003) os que obtiveram melhor resultado após o uso do dispositivo, apontando que constrangimento e aspectos depressivos estão altamente relacionados ao prolapso, afetando a percepção geral de saúde.	O tratamento conservador do prolapso com o uso de pessário, apresentou resultados positivos, melhorando todos os aspectos de qualidade de vida avaliados pelo questionário P-Qol.
Duarte, (2017)	Ensaio clínico randomizado e controlado	Com 96 mulheres com indicação médica para a cirurgia de reparação de POP em estágios II, III e IV alocadas em dois grupos: 48 no grupo submetido ao TMAP e 48 no grupo controle.	O TMAP foi realizado em quatro sessões supervisionadas pré-cirúrgicas e sete sessões no pós-operatório. Todas as voluntárias foram avaliadas em três momentos: 15 dias antes da cirurgia e 40 e 90 dias após a cirurgia.	O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Ambos os grupos apresentaram melhora na sintomatologia após o seguimento. No entanto, não houve diferença significativa entre eles (4,3 IC 95%-14,4 a 23,2, $p=0,65$). Ambos os grupos apresentaram melhora na capacidade de contração dos MAP. Após 3 meses, a diferença entre os grupos em relação CVM foi -0,8 (IC 95% -8,1 a 6,4, $p=0,81$), em relação à percepção	Estudo não demonstrou benefício adicional do TMAP em relação à sintomatologia de POP, capacidade de contração dos MAP, CVM dos MAP, qualidade de vida e função sexual.

				de melhora foi 0,4 (IC 95% -0,09 a 0,8, p=0,01), à qualidade de vida foi 2,7 (IC 95% -19,5 a 24,9, p=0,81) e em relação à função sexual -1,6 (IC 95% -7,6 a 4,4, p=0,59).	
Waghe & Athawale, (2024)	Estudo de caso	Mulher de 78 anos que relatou uma sensação persistente de algo saindo de sua vagina nos últimos dois anos.	As investigações revelaram uma descida uterocervical de terceiro grau, levando à decisão por uma histerectomia vaginal. A partir do 5º dia pós-operatório, a mobilização precoce e um regime fisioterapêutico abrangente foram implementados, abrangendo exercícios respiratórios, exercícios de mobilidade dos membros superiores, rotinas de fortalecimento do núcleo, exercícios do assoalho pélvico e correção postural.	A avaliação usando a Escala de Contração Muscular do Assoalho Pélvico de Oxford Modificada, o Questionário de Impacto do Assoalho Pélvico (PFIQ) e a Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHO-QOL) demonstrou melhora notável.	Os resultados sugerem que promover a mobilização precoce e facilitar a reabilitação da musculatura pélvica, juntamente com o fortalecimento do core por meio da fisioterapia, desempenha um papel fundamental na aceleração da recuperação e na melhoria da qualidade de vida geral dos pacientes com histerectomia, potencialmente aliviando as dificuldades na realização de atividades diárias.
Leite, (2022)	Estudo transversal	Participaram do estudo 792 mulheres brasileiras, alfabetizadas, maiores de 18 anos, com acesso à internet para preenchimento do questionário eletrônico.	Após preenchimento do questionário, que versava sobre saber se a fisioterapia possui uma área específica para atendimento às mulheres e se era ou não da área da saúde, as participantes receberam uma cartilha explicativa sobre o tema.	Observou-se associação estatisticamente significativa entre conhecer a especialidade de Fisioterapia em Saúde da Mulher e ser da área da saúde (p<0,001). 65,7% (241), que não eram estudantes e nem profissionais da área da saúde, 20,2% (74) eram estudantes e 14,2% (52) eram profissionais da saúde.	Há um desconhecimento da especialidade de saúde da mulher na Fisioterapia pela população feminina de forma geral.
Bonacin, (2016)	Estudo observacional prospectivo	Recrutado 86 mulheres atendidas no setor de uroginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto com indicação cirúrgica para correção cirúrgica de POP estágio II, III e IV avaliado por meio do POP-Q.	Foram incluídas 67 mulheres, e finalizaram o estudo 65. As avaliações ocorreram 15 dias antes e 40 dias após a cirurgia.	Estudo encontrou melhora na função dos MAP após a cirurgia, na média da média do equipamento foi -2,356 cmH2O (±8,6797; p=0,0323). Passaram a contrair corretamente os MAP após a cirurgia 23,08% da amostra. Foi verificada diferença significativa na média do escore total do PFDI-20 de 36,901 pontos (±27,05; p=<0,0001), e do PFIQ-7 de 70,417 pontos (±72,285; p= <0,0001) antes e após a cirurgia.	Verificou-se que quanto pior a função dos MAP maior é a sintomatologia do POP e seu impacto na qualidade de vida, e quanto maior a severidade do POP menor média da CVM (p= 0,042), após a cirurgia. Declararam-se "muito melhor" após a cirurgia 86,15% das participantes.

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

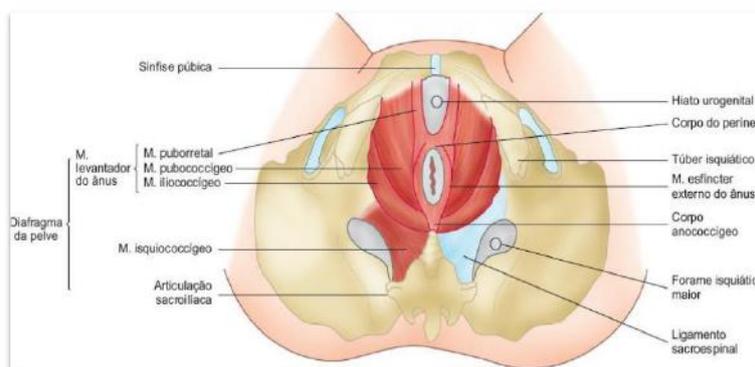
A parte inferior da cavidade da pelve é delimitada pelo diafragma pélvico músculofascial, que está suspenso na parte superior e desce centralmente até a abertura inferior da pelve em forma de funil. Além deste componente, o assoalho pélvico é constituído por outros músculos, fáscias e ligamentos, cuja função é sustentar os órgãos internos, controlar os esfíncteres da uretra, vagina e reto, e permitir a passagem do feto pelo canal do parto (Baracho, 2018; Tortora & Nielsen, 2017).

Composto pelos músculos coccígeo e levantador do ânus, além de suas fáscias de revestimento, o diafragma da pelve separa a cavidade pélvica acima dele da região do períneo abaixo. O reto e a uretra (e, em mulheres, a vagina) atravessam o assoalho pélvico para alcançar o exterior (Baracho, 2018).

Os músculos responsáveis pela elevação do ânus e o isquiococcígeo compõem o assoalho pélvico, ao passo que o piriforme envolve a parte frontal do sacro na região pélvica. O músculo levantador do ânus está ligado à parte de trás do osso púbico, à fáscia que cobre o músculo obturador interno na parede lateral da pelve e à espinha isquiática (Larosa, 2018).

Este músculo é dividido em três partes distintas: a puborretal, que é a porção mais medial, estreita e espessa do levantador do ânus; a pubococcígeo, que é mais larga e intermediária, embora seja a parte menos espessa do músculo levantador do ânus e se conecte lateralmente à puborretal; e a iliococcígeo, que é a porção posterolateral do músculo levantador do ânus, originando-se no arco tendíneo e na espinha isquiática e fundindo-se posteriormente ao corpo anococcígeo (Figura 2) (Baracho, 2018).

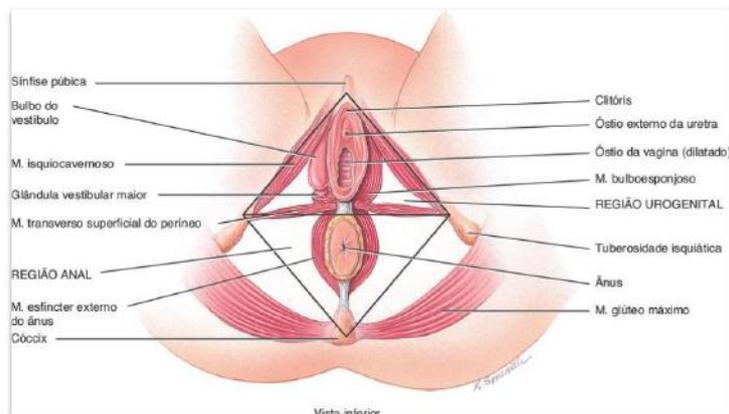
Figura 2 - Músculos do diafragma da pelve.



Fonte: Baracho, (2018).

O períneo abriga os órgãos genitais externos e o ânus, sendo constituído por um conjunto de músculos. Na camada superficial, encontram-se os músculos levantador do ânus, transverso superficial do períneo, isquiocavernoso e bulboesponjoso, enquanto na camada mais profunda estão o transverso profundo do períneo e o esfíncter da uretra. Sua forma é losangular, e uma linha que se estende do túber isquiático de um lado ao túber isquiático do lado oposto o divide em dois triângulos distintos: o triângulo urogenital, na porção anterior, e o triângulo anal, na porção posterior (Figura 3) (Tortora & Nielsen, 2017; Larosa, 2018).

Figura 3 – Períneo.



Fonte: Tortora & Nielson (2017).

O prolapso uterino ocorre quando o útero se projeta para fora da vagina devido ao enfraquecimento ou adelgaçamento das estruturas que o sustentam. A gravidade do prolapso uterino está diretamente relacionada ao grau de separação ou enfraquecimento dessas estruturas de suporte (Meyer et al., 2016). Os sintomas comuns incluem sensação de pressão na região pélvica e problemas urinários, como incontinência ou retenção, devido ao deslocamento da bexiga. Estes problemas tendem a se agravar durante atividades como tossir, levantar objetos pesados ou permanecer em pé por longos períodos (Coelho et al., 2016).

Os prolapso são classificados quanto à sua gravidade em estágios, pelo sistema de quantificação de prolapso de órgãos pélvicos (POP-q), o qual apresenta uma terminologia padrão para descrição e quantificação do prolapso de forma objetiva, facilitando e tornando mais eficiente a comunicação clínica e acadêmica. Nove medidas do prolapso são realizadas na parede vaginal em relação ao ponto de referência fixo no anel himenal, e com isso pode-se classificá-lo em 4 estágios (Saputra et al., 2022):

Estágio zero: ausência de prolapso;

Estágio 1: a porção mais distal do prolapso está mais de 1 centímetro acima do hiato himenal;

Estágio 2: a porção mais distal do prolapso está 1 centímetro ou menos (cranial ou caudal) do hiato himenal;

Estágio 3: a porção mais distal do prolapso está mais de 1 centímetro abaixo do hímen, porém, essa medida não é maior que o valor do comprimento vaginal total menos 2 centímetros;

Estágio 4: eversão vaginal completa (a porção mais distal do prolapso está abaixo do hímen a uma medida maior do que o valor do comprimento vaginal total menos 2 centímetros).

Uma das condições do assoalho pélvico que mais afeta a qualidade de vida das mulheres é o prolapso de órgãos pélvicos (POP). Um grande desafio é que muitas pacientes hesitam em falar sobre os sintomas, como dor durante a relação sexual, desconforto vaginal causado pelo prolapso e, em casos mais graves, o surgimento de úlceras devido ao atrito do prolapso com as roupas íntimas.

Por isso que no estudo Barros et al., (2021), o questionário de qualidade de vida validado em português (P-QoL) revelou um impacto negativo na qualidade de vida das pacientes com POP graus III e IV, por buscarem ajuda tardiamente, porém, houve melhora em todos os aspectos avaliados, como percepção geral de saúde, impacto do prolapso, severidade e emoções, após o uso do pessário. No entanto, demonstrou que o tratamento conservador do POP usando pessário vaginal teve resultados positivos, melhorando a qualidade de vida das mulheres.

Um estudo observacional prospectivo de Bonacin (2016), avaliou 67 mulheres com prolapso de órgãos pélvicos (POP) nos estágios II, III e IV antes e após a cirurgia. Os resultados mostraram um aumento significativo na pressão dos músculos do assoalho pélvico (MAP), com 23,08% das mulheres conseguindo contrair os MAP corretamente. Além disso, houve uma redução significativa nos escores de sintomas e no impacto na qualidade de vida, com 86,15% das participantes relatando uma melhora significativa após a cirurgia.

A pesquisa de Freitas (2023), mostrou que as disfunções do assoalho pélvico, como prolapso de órgãos pélvicos (POP) e incontinência urinária, afetam negativamente a qualidade de vida das mulheres. Embora existam diversos questionários para avaliar a função sexual dessas pacientes, eles apresentam limitações. O estudo do autor validou o questionário PISQ-IR, como uma ferramenta confiável e adequada para avaliar o impacto das disfunções do assoalho pélvico na atividade sexual feminina, tanto em pacientes sexualmente ativas quanto inativas, mostrando boa concordância com diagnósticos e função muscular pélvica.

De acordo com Leite (2022), o conhecimento de brasileiras acerca da fisioterapia em saúde da mulher, os resultados mostraram que 92,9% das pessoas que responderam viviam no Nordeste do Brasil, 57,2% se autodeclararam brancas, 33,3% tinham ensino superior incompleto, 36,7% tinham renda familiar de 1 a 2 salários-mínimos e 56,1% não eram profissionais da saúde. Existe uma correlação significativa entre conhecer a especialidade de Fisioterapia em Saúde da Mulher e trabalhar na área da saúde ($p < 0,001$). Entre os participantes, 65,7% não eram estudantes ou profissionais de saúde, 20,2% eram estudantes e 14,2% eram profissionais.

O tratamento cirúrgico pode ser categorizado em obliterativo ou reconstrutivo, e diversas técnicas foram desenvolvidas, cada uma com suas taxas de sucesso e complicações específicas. Não há uma única abordagem ideal, e fatores como idade, atividade sexual, condições médicas concomitantes, vontade da paciente em passar pela cirurgia e habilidade do cirurgião devem ser levados em consideração (Oliveira et al., 2017).

A correção do defeito apical pode envolver o tratamento do prolapso da cúpula vaginal ou do útero, com a possibilidade de remoção ou preservação deste último (histerectomia ou histeropreservação). As técnicas cirúrgicas podem ser realizadas por via abdominal (colpopexia, cervicopexia, histeropexia sacral e fixação alta dos ligamentos uterossacos) ou vaginal (colpopexia, cervicopexia, histeropexia sacroespinhal e fixação nos ligamentos uterossacos no terço proximal ou médio) (Meyer et al., 2016).

A fixação nos ligamentos uterossacos envolve a passagem de fios não absorvíveis ou de absorção lenta em dois pontos nos ligamentos uterossacos até a parte ipsilateral da cúpula vaginal, repetindo o processo no ligamento contralateral. Esta cirurgia pode ser realizada por via vaginal ou laparoscópica, sendo que a sutura utilizada geralmente é permanente, embora se observe uma taxa de erosão de até 22% (Castro & Haddad, 2015).

A fixação sacroespinhal vaginal visa fixar a cúpula vaginal unilateral ou bilateralmente ao ligamento sacroespinhal via abordagem vaginal, demonstrando uma boa eficácia, com apenas 13% das pacientes insatisfeitas, conforme evidenciado por um estudo de metanálise (Brito et al., 2018). A sacrocolpopexia abdominal é caracterizada pela fixação da vagina (com ou sem colo uterino) ao promontório, com a colocação de uma tela não absorvível. Esta técnica é considerada o padrão-ouro para o tratamento do prolapso apical, com taxas de sucesso entre 78% e 100%, porém está associada a um tempo cirúrgico mais longo, período de recuperação prolongado e custo elevado (Coelho et al., 2016).

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) pode ser empregado em mulheres que sofrem de prolapso genital. Contudo, a maioria dos estudos incluídos envolvia pacientes com prolapso nos estágios I e II. Assim, embora a fisioterapia não possa resolver completamente o prolapso grave em termos anatômicos, ela pode auxiliar na redução dos sintomas do POP e na melhoria da função muscular do assoalho pélvico (FEBRASGO, 2021).

No estudo de Duarte (2017), examinou a eficácia do treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) em mulheres que tiveram prolapso de órgãos pélvicos (POP) que precisavam de cirurgia. O ensaio clínico randomizado incluiu 96 mulheres, divididas em dois grupos: um submetido ao TMAP e outro controle. O TMAP foi administrado durante quatro sessões supervisionadas antes da cirurgia e sete sessões supervisionadas após a cirurgia. Os resultados mostraram que ambos os grupos não apresentaram diferenças significativas em termos de contração muscular, qualidade de vida, função sexual e sintomas gerais de POP.

Sangsawang & Sangsawang (2016), em um estudo randomizado com 70 gestantes, observaram a presença de incontinência urinária de esforço (IUE) após a realização de um programa de exercícios para o assoalho pélvico (MAP). O programa foi supervisionado, com instruções verbais e acompanhamento por meio de um manual. As sessões duravam 45 minutos e ocorriam três vezes por semana, com a intensidade dos exercícios variando de leve a moderada, a incidência de IUE no grupo de intervenção foi de 27,3%.

A pesquisa de Pires (2022), se concentrou em um grupo específico de pessoas que tiveram histeropexia sacroespinhosa (HSE) tratada sem o uso de tela sintética e com a uniformidade da técnica garantida por um único cirurgião. Embora os resultados estejam em consonância com a literatura, eles se diferenciam pela abordagem mais homogênea. Em contraste com a variedade de cirurgias preservadoras do útero e o uso de telas em outros estudos, esses resultados se destacam pela abordagem mais homogênea. A HSE demonstrou ser eficaz, mas são necessários estudos adicionais mais abrangentes e acompanhamento para confirmar os resultados.

O biofeedback é uma estratégia que auxilia os pacientes na aprendizagem do controle dos músculos do assoalho pélvico. Sensores são empregados para acompanhar a atividade muscular, fornecendo aos pacientes um retorno instantâneo, o que pode ser útil para que compreendam e melhorem sua técnica de exercícios (Taketomi et al., 2023).

Segundo Santana²³, o biofeedback perineal é descrito como um método de conscientização perineal que visa capacitar os indivíduos a controlar as respostas eletrofisiológicas dos músculos do assoalho pélvico (MAP). Seu propósito é facilitar as contrações voluntárias do assoalho pélvico, e é frequentemente utilizado em conjunto com técnicas de reeducação, funcionando como uma ferramenta para ensinar o exercício de forma adequada, corrigindo respostas inadequadas e promovendo um treinamento cognitivo dos músculos perineais (Oliveira et al., 2021).

Segundo Santos et al., (2021), o treinamento dos músculos do assoalho pélvico leva à hipertrofia das fibras dos músculos e maior recrutamento de neurônios motores ativos, promovendo a elevação permanente da musculatura do assoalho pélvico e melhor suporte para as vísceras da pelve e conseqüentemente melhora na funcionalidade pélvica, para que isso ocorra diversos recursos terapêuticos são utilizados durante a terapia.

O uso do biofeedback é fundamental no tratamento fisioterapêutico do prolapso de órgãos pélvicos devido à capacidade de corrigir a regularidade das contrações musculares e identificar possíveis fadigas musculares. No entanto, a principal vantagem desse método está na avaliação da qualidade dessas contrações, que é determinada pelos valores de repouso inicial, contração voluntária máxima, platô de sustentação por pelo menos 10 segundos e recuperação final (Baracho, 2018).

A estimulação elétrica pode ser usada para ajudar a fortalecer os músculos do assoalho pélvico, isso envolve o uso de correntes elétricas de baixa intensidade para estimular a contração dos músculos. A eletroestimulação tem como objetivo produzir estímulos elétricos e provocar a contração muscular do assoalho pélvico. Essa técnica tem como finalidade desenvolver as funções das fibras por meio da contração passiva dos músculos levantadores do ânus (Cardoso et al., 2018; Sangsawang & Sangsawang, 2016).

Uma técnica empregada com eletrodos inseridos no canal vaginal ou na superfície, visando a reabilitação do assoalho pélvico ao induzir estímulos elétricos que promovem contrações dos músculos do assoalho pélvico de forma voluntária ou

involuntária. Este método promove pressão intra-uretral, aumenta o fluxo sanguíneo para os músculos do assoalho pélvico e melhora a função das fibras por meio de contrações passivas dos músculos levantadores do ânus (Araujo et al., 2020).

O estímulo elétrico auxilia as mulheres a aprenderem a realizar as contrações, fornecendo um feedback específico sobre qual musculatura contrair e como realizar a contração por meio de um estímulo neuromuscular. Quando combinada com exercícios perineais, a eletroestimulação demonstra ser uma técnica eficaz na reeducação dos músculos do assoalho pélvico e no tratamento de disfunções associadas, resultando em uma melhora adicional de outros sintomas (Cardoso et al., 2018).

Os benefícios da eletroestimulação transvaginal incluem a reinervação do assoalho pélvico, o aumento do reflexo inibitório da bexiga, o recrutamento das fibras musculares e, conseqüentemente, a melhoria do mecanismo de contração muscular, resultando em avanços significativos na função da musculatura perineal (Neto & Felipe, 2020).

Em outro estudo de Cęprnĳa & Gupta (2018), avaliaram o efeito imediato da técnica de energia muscular (MET) isoladamente em pacientes com dor pélvica posterior (PPGP). Os resultados mostraram que as melhorias na dor e função foram semelhantes entre MET e TENS simulado, independentemente da ordem de aplicação. No entanto, o alívio imediato pode ter sido influenciado por fatores como efeito placebo e familiarização com os testes. O mecanismo exato das melhorias ainda é desconhecido, e estudos futuros devem explorar abordagens biopsicossociais para tratamentos mais eficazes de PPGP.

Segundo Ptak et al., (2019), o problema da incontinência urinária (IU) afeta a qualidade de vida das mulheres em diferentes fases, tanto que em seu estudo randomizado mostraram que a qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE) melhora com treinamento combinado dos músculos do assoalho pélvico (MAP) e músculo sinérgico (TrA) e treinamento isolado dos músculos do assoalho pélvico (MAP). No entanto, o treino apenas de MAP e TrA não é tão eficaz quanto o treino combinado de MAP e TrA, especialmente para mulheres que tiveram menos de três partos.

Segundo Waghe e Athawale (2022), a fisioterapia é fundamental para a recuperação de pacientes após histerectomia, ajudando a restaurar a função com exercícios específicos, terapia manual e orientação. Essas intervenções reduzem complicações como dor, fraqueza, prolapso de órgãos pélvicos e incontinência, promovendo a mobilização precoce e fortalecendo a musculatura pélvica, acelerando a recuperação e melhorando a qualidade de vida.

A massagem perineal pode ajudar a reduzir a tensão muscular e melhorar a circulação na área após a cirurgia, isso pode promover a cicatrização e aliviar o desconforto (Dieb et al., 2020). A massagem perineal é uma técnica terapêutica destinada a relaxar os músculos, estimular a vasodilatação dos vasos sanguíneos, melhorar a circulação e alongar os tecidos (Santos et al., 2021). Por ser uma técnica relativamente simples, que pode ser realizada pelas próprias mulheres gestantes ou com a assistência de terceiros, devidamente treinados, entre 4 e 6 semanas antes do parto, os profissionais de saúde devem considerar e recomendar a prática da massagem perineal durante a gravidez como preparação para o parto (Abdelhakim et al., 2020).

A massagem perineal tem efeitos significativos para ajudar na modificação da estrutura muscular, incluindo relaxamento, vasodilatação dos vasos sanguíneos, melhora da circulação e alongamento (Santos et al., 2021). Esses efeitos podem contribuir para reduzir os traumas perineais durante o parto (Santana, 2018). A ocorrência de traumas perineais, especialmente os mais graves, está associada a uma maior incidência de disfunções (Dieb et al., 2020).

Moreno (2021), completa que outro método conservador que tem sido empregado na fisioterapia é a cinesioterapia, por meio da qual o assoalho pélvico é trabalhado, tratando assim a doença, podendo ser empregada pela forma ativa ou passiva, o objetivo da cinesioterapia é reforçar e melhorar os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos, hipertrofiando principalmente as fibras musculares estriadas do assoalho pélvico (Sangsawang & Sangsawang 2016).

A contração muscular proporciona estímulos proprioceptivos que possibilita a sensação de contração e relaxamento, melhorando nas funções e disfunções do AP. Os exercícios de Kegel possuem bastante eficácia e quando associado a outras

técnicas, como cone vaginais e biofeedback traz um feedback positivo a paciente, melhorando assim o sustento das vísceras pélvicas, diminuindo os sintomas do POP e aumentando a resistência uterina (Silva & Livramento, 2023).

Os exercícios de Kegel envolvem contrações voluntárias dos músculos perineais e são realizados através de um treinamento que visa relaxar de forma rítmica, enquanto se contrai a musculatura com a maior força possível. Estas contrações podem ser acompanhadas por variações, incluindo contrações mantidas, rápidas e fracionadas, estimulando diferentes tipos de fibras musculares no assoalho pélvico (Moreno, 2021).

A prática dos exercícios de Kegel requer uma contração muscular consciente, que deve ser realizada diariamente. Inicialmente, as pacientes são orientadas a manter a contração por cerca de 3 segundos e, em seguida, relaxar pelo mesmo período. Conforme os músculos se fortalecem, o tempo de contração pode ser progressivamente aumentado. No entanto, é fundamental uma avaliação cuidadosa para determinar as abordagens mais adequadas, além de um acompanhamento especializado durante o tratamento (Moreno, 2021; Silva & Livramento, 2023).

Figura 4 - Prática dos exercícios de Kegel.



Fonte: Moreno et al., (2021).

Essas contrações musculares proporcionam estímulos proprioceptivos que auxiliam na sensação de contração e relaxamento, melhorando as funções e disfunções do assoalho pélvico (Sangsawang & Sangsawang 2016). Os exercícios de Kegel demonstram ser bastante eficazes, especialmente quando associados a outras técnicas, como o uso de cones vaginais e biofeedback, proporcionando um feedback positivo para as pacientes. Isso resulta em uma melhoria na sustentação das vísceras pélvicas, na redução dos sintomas do prolapso de órgãos pélvicos e no aumento da resistência uterina (Nagamine & Silva, 2021).

4. Considerações Finais

Conclui-se que os estudos voltados especificamente para o tratamento de prolapso uterino são escassos, porém, por meio das literaturas evidenciadas de Prolapso de órgãos pélvicos e complicações como incontinência urinária, pode-se compreender como as intervenções da fisioterapia podem influenciar na recuperação nos períodos pré e pós-operatório de forma positiva e eficaz.

O uso de recursos fisioterapêuticos que permitem a correção da regularidade das contrações musculares e a identificação de possíveis fadigas, a estimulação elétrica pré-operatória pode preparar os músculos do assoalho pélvico para a cirurgia, e os exercícios do assoalho pélvico e a massagem perineal no pós-operatórios podem contribuir para o fortalecimento e relaxamento dos músculos, se tornando essenciais para otimizar os resultados do tratamento.

Ressalta-se a importância crucial da intervenção fisioterapêutica como parte integrante do cuidado holístico das pacientes com prolapso uterino, proporcionando não apenas a reabilitação física, mas também a melhoria da qualidade de vida e bem-estar geral.

Referências

- Abdelhakim, A. M. et al. (2020). *Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *International Urogynecology Journal*, 31(9), 1735–1745, set.
- Aguiar, J. S., De Souza, K. D., Lopes, J. V. N., Lopes, M. C. S., Bezerra, E. A. G., Dos Santos, T. A. X., ... & Júnior, M. A. B. (2022). *Perfil dos pacientes com incontinência urinária atendidos na área de fisioterapia uroginecológica em uma clínica escola*. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 11(13), e337111335221-e337111335221.
- Araujo, J. E. L. et al. (2020). *Abordagem fisioterapêutica na reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso genital*. *Fisioter Bras*, 21(4):388-95.
- Baracho, E. (2018). *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Barros, C. R., Machado, R. B., De Camargo, A. C. M., & Gollop, T. R. (2021). *Avaliação da Qualidade de vida com P-QoL em mulheres submetidas ao tratamento de prolapso de órgãos pélvicos com pessário*. *Revista Multidisciplinar da Saúde*, 3(4), 29-42
- Bonacin, M. A. P. (2016). *Avaliação da função dos músculos do assoalho pélvico antes e após cirurgia para prolapso de órgãos pélvicos (POP)*. (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Brito, L. G., Castro, E. B., & Juliato, C. R. (2018). *Prolapso dos órgãos pélvicos*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 65/Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).
- Cardoso, G. G. et al. (2018). *Protocolo de exercícios de kegel associado à eletroestimulação no tratamento pós bartolinetomia: um estudo de caso*. *Revista interdisciplinar de promoção da saúde*. 1(3).
- Carroll L., O' Sullivan C., Doody C., Perrotta C., & Fullen B. (2022). *Pelvic organ prolapse: The lived experience*. The lived experience. *PLoS One* (17(11)). [Journal.pone.0276788](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276788). Editor: Antonio Simone Laganá, University of Palermo, ITALY. August 10,. Published: November 2, 2022. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276788>
- Castro R. A., & Haddad J. M. (2015). *Tratamento do prolapso genital*. In: Haddad JM, coordenador. *Manual de uroginecologia e cirurgia vaginal*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). p. 8-19.
- Cepnja D, Gupta A. (2018). *Does muscle energy technique have an immediate benefit for women with pregnancy-related pelvic girdle pain?*. *Physiother. Res. Int.* [internet].;24(1):1-7. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pri.1746>.
- Coelho S. C. A., de Castro E. B., & Juliato C. R. (2016). *Female pelvic organ prolapse using pessaries: systematic review*. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.*;27(12):1797-803.
- Dantas, H. G.A . O. et al. (2021). *Manual para o ensino da fisioterapia na saúde da mulher com a utilização de metodologias ativas*. / Hanna Graziela Arcanjo de Oliveira Dantas, Juliany Silveira Braglia César Vieira, Julianna de Azevedo Guendler. – Recife: Do Autor.
- Dieb, A. S., Shoab, A. Y., Nabil, H., Gabr, A., Abdallah, A. A., Shaban, M. M., & Attia, A. H. (2020). *Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial*. *International urogynecology journal*, 31(3), 613–619.
- Duarte, T. B. (2017). *Eficácia do treinamento dos músculos do assoalho pélvico associado à cirurgia para prolapso de órgãos pélvicos (POP) em mulheres: ensaio clínico randomizado e controlado*. (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Faiz, O.; Blackburn, S.; & Moffat, D. (2013). *Anatomia Básica: Guia ilustrado de conceitos fundamentais*. (3. ed.). Manole.
- Farias, A. X.; Mariano, K. S.; & Silva, K. C. C. (2022). *The effectiveness of kinesiotherapy in pelvic organ prolapse in women*. *Research, Society and Development*, [S. l.], 11(13), e486111335695. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/35695>.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). (2021). *Prolapso dos órgãos pélvicos*. São Paulo: FEBRASGO; (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 51/ Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).
- Freitas, L. P. G. (2023). *Tradução e validação em português do questionário Impacto do Prolapso de Órgãos Pélvicos, da Incontinência Urinária e da Incontinência Fecal na Função Sexual Feminina*. (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Horst, W. (2015). *Prolapsos de órgãos pélvicos: prevalência e fatores de risco em uma população brasileira*. Orientador Dr. Jean Carl Silva-Joinville: Univille. Dissertação (Mestrado em Saúde Meio Ambiente Universidade da Região de Joinville). https://www.univille.edu.br/account/ppgsma/VirtualDisk.html?action=readFile&file=Dissertacao_Final_WagnerHorst.pdf¤t=/Dissertacoes_completas
- Homola, P.; Germund, H.; & Košťál, M. (2021). *Sacrospinous hysteropexy - an alternative in primary surgical treatment of apical compartment prolapse*. *Ceska Gynekol. Praga*, 86(3), 200-204.

- Jelovsek, J. E. et al. (2018). *Effect of uterosacral ligament suspension vs sacrospinous ligament fixation with or without perioperative behavioral therapy for pelvic organ vaginal prolapse on surgical outcomes and prolapse symptoms at 5 years in the optimal randomized clinical trial*. JAMA, Chicago, 319(15), 1554-1565.
- Larosa, P.R.R. (2018). *Anatomia humana: texto e atlas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Leite, N. M. (2022). *Conhecimento de brasileiras acerca da fisioterapia em saúde da mulher: um estudo transversal*. (Bachelor's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Norte).
- Maher C., Feiner B., Baessler K., Christmann-Schmid C., Haya N., & Brown J. (2016). *Surgery for women with apical vaginal prolapse*. Cochrane Database Syst Rev. 1;10:CD012376.
- Meyer I., McGwin G., Swain T. A., Alvarez M. D., Ellington D. R., & Richter H. E. (2016). *Synthetic graft augmentation in vaginal prolapse surgery: longterm objective and subjective outcomes*. J Minim Invasive Gynecol.;23(4):614-21.
- Meriwether, K. V. et al. (2019). *Uterine-preserving surgeries for the repair of pelvic organ prolapse: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines*. Int Urogynecol J, London, 30(4), 505-522.
- Moreno, L. M. (2021). *Eficácia da cinesioterapia no tratamento de prolapso de órgãos pélvicos em mulheres*. Brazilian Journal of Development, Curitiba, 7(1), 10225-10242.
- Nagamine, B. P., & Silva, K. C. C. (2021). *A utilização dos massageadores perineais e dilatadoresvaginais como métodos de tratamento fisioterapêutico nas Disfunções Pélvicas: Vaginismo e Dispareunia*. Research, Society and Development, 10(6), e41710616028
- Neto, C., & Felipe, I. J. (2020). *Resultados de estudo prospectivo, randomizado entre o emprego do agente de preenchimento anal com partículas de copolímero de poliacrilato-poliálcool e a eletroestimulação endoanal no manejo da incontinência anal leve e moderada*. (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Oliveira, J. G. de, Mendes, J. M., Santana, Z. P., Oliveira, M. A. S., & Araujo, L. M. (2021). *A Atuação Do Fisioterapeuta No Pré-Parto, Parto E Pós-Parto: Uma Revisão Integrativa*. Práticas e Cuidado: Revista De Saúde Coletiva, 2, e10875. <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/10875>
- Oliveira S. A., Fonseca M. C. M., Bortolini M. A. T., Girão M. J. B. C., Roque M. T., & Castro R. A. (2017). *Hysteropreservation versus hysterectomy in the surgical treatment of uterine prolapse: systematic review and metaanalysis*. Int Urogynecol J.;28(11):1617-30.
- Pires, R. D. O. (2022). *Resultados cirúrgicos da histeropexia sacroespinhosa para tratamento do prolapso uterino sem uso de tela sintética: uma coorte histórica*.
- Ptak M, Cieciewicz S, Brodowska A, Starczewski A, Nawrocka-Rutkowska J et al. (2019). *The Effect of Pelvic Floor Muscles Exercise on Quality of Life in Women with Stress Urinary Incontinence and Its Relationship with Vaginal Deliveries: a randomized Trial*. BioMed Research International [internet];1-7. <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2019/5321864/>.
- Ruth, E. O. C.; Medeiros, M. V. da S.; & Souza, T. B. V. de. (2022). *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*. Universidade Positivo – UP. Acesso Aberto. <https://repositorio.cruzeirosul.edu.br/jspui/handle/123456789/5632>
- Saputra, A. N. D.; et al. (2022). *The difference in collagen type-1 expression in women with and without pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis*. Int Urogynecol J, London, 33(7), 1803-1812.
- Santana, S. M. O. (2018). *Desenvolvimento de um biofeedback pressórico wireless para uso nos distúrbios do assoalho pélvico*. Atena Repositório Digital – UFPE. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/33610>.
- Santos, M. R; Pereira, R. T. J. G; & Sá, M. C. (2021). *Fortalecimento do assoalho pélvico em mulheres no puerpério como alternativa no tratamento de incontinência urinária de esforço*. Rev. Saúde dos Vales. <https://www.revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2021/628>. Acesso em: 10 março 2024
- Sangsawang, B.; & Sangsawang, N. (2016). *Is a 6-week supervised pelvic floor muscle exercise program effective in preventing stress urinary incontinence in late pregnancy in primigravid women?: a randomized controlled trial*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Feb;197:103-10. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.11.039. Epub 2015 Dec 2. PMID: 26720598.
- Silva, M. P. P.; Marques, A. de A.; & Amaral, M. T. P. (2019). *Tratado de fisioterapia em saúde da mulher*. (2. ed.). Roca.
- Silva, N. C. S. & Livramento, R. A. (2023). *Intervenção Da Fisioterapia Pélvica No Tratamento Do Prolapso Genital: Revisão Integrativa*. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 5(5), 3402–3414. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p3402-3414>
- Taketomi, M. S. N.; Silva, L. C. N. da.; & Fernandes, G. P. M. (2023). *Assessment of the level of knowledge about physical therapy approach in pelvic floor dysfunctions in women in the city of Santarém-PA*. Research, Society and Development, [S. 1.], 12(1), e20912139201. DOI: 10.33448/rsd-v12i1.39201. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39201>.
- Tortora, G. J; & Nielsen, M. T. (2017). *Princípios de anatomia humana*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.