

Fisioter Bras 2020;21(4):388-95
<https://doi.org/10.33233/fb.v21i4.1462>

REVISÃO

Abordagem fisioterapêutica na reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso genital

Physiotherapy approach in the rehabilitation of pelvic floor musculature in women with genital prolapse

Jenifer Emmanuelle Lopes de Araujo*, Stephanie Susan dos Santos*, Mônica Karina Postol**

**Graduanda do Curso de Fisioterapia da Faculdade Guilherme Guimbala (FGG) da Associação Catarinense de Ensino (ACE), Joinville/SC, **Docente do Curso de Fisioterapia da Faculdade Guilherme Guimbala (FGG) da Associação Catarinense de Ensino (ACE), Joinville/SC*

Recebido em 29 de novembro de 2018; aceito em 14 de maio de 2020.

Correspondência: Jenifer Emmanuelle Lopes de Araujo, Avenida Antônio Ramos Alvim, 331 Bairro Floresta, 89221-460 Joinville SC

Jenifer Emmanuelle Lopes de Araujo: jeni_araujo@outlook.com
Stephanie Susan dos Santos: stephaniesusanroth@hotmail.com
Mônica Karina Postol: monica.postol@gmail.com

Resumo

Introdução: O assoalho pélvico tem como objetivo sustentar órgãos internos, principalmente o útero, a bexiga e o reto, porém qualquer alteração na cavidade pélvica pode resultar em disfunção dessa região e descida patológica dos órgãos, características dos prolapso genitais. A fisioterapia melhora os sintomas relacionados ao prolapso genital, bem como a força muscular do assoalho. **Objetivo:** Identificar os procedimentos fisioterapêuticos mais utilizados e de melhor eficácia comprovada no tratamento dos prolapso. **Métodos:** Foi realizado um levantamento de artigos científicos e teses em bancos de dados, nos quais foram encontrados 716 estudos. Destes, 9 foram selecionados, sendo 3 do tipo ensaio clínico randomizado controlado, 1 quase-experimental do tipo antes e depois e 5 do tipo revisão, publicados nos últimos 20 anos e relacionados ao tema proposto. **Resultados:** Participaram dos estudos clínicos 430 mulheres no total, que foram submetidas a intervenções como: cinesioterapia, exercícios hipopressivos e eletroestimulação transvaginal. Os estudos de revisão mencionam os efeitos do biofeedback e da cinesioterapia no manejo dos prolapso. **Conclusão:** Das abordagens analisadas a cinesioterapia e os exercícios hipopressivos são os mais efetivos para o tratamento do prolapso genital, porém mais estudos são necessários para avaliar o real impacto desses recursos.

Palavras-chave: prolapso genital, prolapso de órgãos pélvicos, fisioterapia, reabilitação, assoalho pélvico.

Abstract

Introduction: The pelvic floor is intended to support internal organs, especially the uterus, bladder and rectum. However, any alteration in the pelvic cavity may result in dysfunction of the pelvic floor and pathological falling of the organs, characteristic of genital prolapses. Physical therapy improves symptoms related to genital prolapse as well as muscle strength of the floor. **Objective:** The aim of this study was to identify the most widely used physiotherapeutic procedures with proven efficacy in the treatment of prolapses. **Methods:** A survey of scientific articles and theses in databases was carried out, in which 716 studies were found. Of these, 9 were selected, 3 of which were randomized controlled clinical trials, 1 quasi-experimental and 5 reviews, published in the last 20 years. **Results:** A total of 430 women participated in the clinical studies, who underwent interventions such as: kinesiotherapy, hipopressive exercises and transvaginal electrostimulation. The review studies mention the effects of biofeedback and kinesiotherapy in the management of prolapses. **Conclusion:** From the approaches analyzed kinesiotherapy and hipopressive exercises are the most effective for the treatment of genital prolapse, but more studies are necessary to evaluate the real impact of these resources.

Keywords: genital prolapse, pelvic organ prolapse, physical therapy, rehabilitation, pelvic floor.

Introdução

O assoalho pélvico é formado por músculos, ligamentos e fâscias e tem como objetivo sustentar os órgãos internos, principalmente o útero, a bexiga e o reto, porém qualquer alteração na cavidade pélvica ou esforço excessivo pode resultar no comprometimento dessa região. Os comprometimentos do assoalho pélvico envolvem uma série de condições debilitantes que, em geral, afetam mulheres acima dos 55 anos. O prolapso genital é uma dessas condições, que acarreta no deslocamento caudal patológico de conteúdo pélvico e/ou intraperitoneal. Na maioria dos casos, afeta a qualidade de vida das mulheres acometidas, gerando impacto social e psicológico [1,2].

Os dados epidemiológicos referentes a essa doença são de difícil obtenção, já que algumas mulheres a aceitam como parte inevitável do envelhecimento ou dos partos normais, ou ainda preferem não revelar a condição a fim de evitar constrangimentos. Entretanto, estima-se que a prevalência de prolapso é de aproximadamente 21,7% em mulheres com idade entre 18 e 83 anos e de aproximadamente 30% em mulheres com idade entre 50 e 89 anos [2].

De acordo com dados do IBGE, o perfil demográfico brasileiro vem sofrendo modificações desde 1970, com redução da mortalidade e controle da taxa de natalidade, indicando uma futura predominância de adultos e idosos [3]. Portanto, estima-se que nos próximos 30 anos a procura por serviços para cuidados em disfunções do assoalho pélvico cresça duas vezes mais que o crescimento da população feminina, aumentando a demanda por profissionais preparados para oferecer um tratamento adequado [1,3].

A pelve possui ligamentos potentes que estabilizam todas as estruturas envolvidas na cavidade sendo os essenciais, que impedem grandes deslocamentos das vísceras, os ligamentos do ovário, útero, ureteres, bexiga e reto [4].

O assoalho pélvico fecha toda a cavidade inferior da pelve e possui ação esfínteriana para a uretra, vagina e reto. Os músculos profundos do assoalho pélvico são os músculos de sustentação das vísceras pélvicas e intraperitoneais, são eles o coccígeo e o levantador do ânus, também denominado de placa elevadora. O levantador do ânus é constituído pelas porções puborretal, ileococcícea e pubococcícea e é a principal musculatura de sustentação de vísceras. Outro músculo profundo envolvido é o músculo transverso do abdome que apresenta importância significativa na estabilização lombopélvica e funciona como sinergista dos músculos do assoalho pélvico [1,5-7]. As disfunções do assoalho pélvico devem-se a uma combinação de diferentes fatores que podem ser divididos em intrínsecos: hereditários, raça, tecido conjuntivo, alterações neurológicas, alterações esqueléticas; e extrínsecos: gravidez e parto, efeitos hormonais, condições que aumentam a pressão abdominal, tabagismo, constipação intestinal crônica, exercícios e trabalho físico, atividade física e trauma cirúrgico [1,8].

Na literatura três principais mecanismos de suporte das vísceras pélvicas e intraperitoneais são descritos: suporte dado pela fâscia endopélvica que liga útero e vagina à parede pélvica; suporte muscular dado pela placa elevadora, propensa a comprimir o lúmen dos hiatos do assoalho pélvico; e mecanismo valvar realizado pela compressão feita pelas fâscias e ligamentos, ocasionando horizontalização da vagina contra a placa elevadora do assoalho pélvico [9-11]. Durante o esforço as vísceras são empurradas para baixo, portanto, qualquer alteração dessas estruturas pode resultar em descida patológica dos órgãos pélvicos, assim como disfunções do assoalho. Em geral, o prolapso ocorre devido a um relaxamento generalizado da fâscia endopélvica com envolvimento tanto das fibras musculares quanto do tecido fibroso [1,10].

De acordo com um sistema proposto pela Sociedade Internacional de Continência (ICS), o prolapso de cada segmento é graduado em I, II, III e IV, considerando a sua posição em relação ao hímen [1,8]. Além disso, o prolapso também é classificado nos tipos: cistocele (prolapso de bexiga através da vagina), colpocele (prolapso de parede vaginal), retocele (prolapso do reto através da vagina), enterocele (herniação interna do intestino delgado através da parede posterior da vagina) e o prolapso uterino [12].

O pessário é uma das alternativas utilizadas a fim de tratar o prolapso genital [8]. Nos graus mais avançados do prolapso, a terapêutica cirúrgica é indicada para aliviar os sintomas, restaurar a anatomia e corrigir alterações funcionais [10]. A fisioterapia, por ser uma prática conservadora, é uma das alternativas mais seguras. O tratamento consiste em treinamento dos músculos do assoalho pélvico incluindo a cinesioterapia, o biofeedback, cones vaginais e eletroestimulação [1]. A efetividade do treinamento do assoalho pélvico na regressão do estágio do prolapso genital ainda é controversa, porém há evidências de que a fisioterapia melhora os

sintomas relacionados ao prolapso genital, bem como a força muscular do assoalho pélvico e, conseqüentemente, a qualidade de vida [13].

A presente revisão teve como objetivo identificar as condutas fisioterapêuticas de tratamento do prolapso genital, por meio da reabilitação do assoalho pélvico, mais utilizados e com maior eficácia comprovada em estudos anteriores, para elevar a atenção de acadêmicos e profissionais da área sobre os procedimentos efetivos no tratamento dessa disfunção.

Material e métodos

Para a presente pesquisa foi realizada uma busca por teses e artigos científicos, relacionados ao tema proposto, por meio dos bancos de dados Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Physiotherapy Evidence Database (PEDro), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed / MedLine). Os descritores utilizados no levantamento dos estudos foram, em português: “prolapso genital”, “prolapso de órgãos pélvicos”, “reabilitação” e “fisioterapia”; e em inglês: “genital prolapse”, “pelvic organ prolapse”, “rehabilitation” e “physiotherapy”.

Foram encontrados, ao todo, 716 estudos entre artigos, teses e dissertações, dos quais foram selecionados 8 artigos e 1 tese, com base no critério de inclusão: estudos publicados no período de 2010 a 2017, relacionados a métodos conservadores de reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso genital. Destes estudos, 3 são do tipo ensaio clínico randomizado controlado, 1 quase-experimental do tipo antes e depois e 5 do tipo revisão bibliográfica, 2 foram publicados em inglês, 1 em espanhol e os demais em português.

Resultados

Na Tabela I estão relacionados os estudos clínicos encontrados, suas intervenções e conclusões.

No primeiro estudo foram avaliados os efeitos dos exercícios hipopressivos associados a contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico, em 37 mulheres com prolapso genital de estágio II. Para isso, foram avaliados dois grupos (GI – intervenção (21) e GC – controle (16)). O grupo GI, em três sessões, e o GC, em uma única sessão, receberam orientações sobre os exercícios a serem realizados por três meses em seus domicílios, porém o GC sem protocolo definido. Ao final do tratamento, o grupo GI apresentou melhor função muscular e 70% das mulheres deste grupo diminuíram um estágio do prolapso genital, fato ocorrido em apenas 21% das mulheres do grupo GC [14].

O segundo estudo comparou os efeitos do treinamento dos músculos do assoalho pélvico e a vigília sobre os sintomas nos cuidados primários, em 287 mulheres com idade igual ou superior a 55 anos com prolapso de órgão pélvico de estágios 1 e 2. Um grupo de pacientes com 142 mulheres não recebeu orientações e tratamento, enquanto o outro grupo, com 145 mulheres, foi orientado sobre como contrair e relaxar corretamente os MAP e, quando necessário, foram utilizados exercícios respiratórios para aumentar a conscientização. O treinamento muscular foi provido individualmente, considerando o estilo de vida (dieta, peso corporal) e a rotina intestinal de cada participante, combinado com exercícios domiciliares três a cinco vezes por semana, duas ou três vezes por dia. Inicialmente, as participantes retornavam ao fisioterapeuta semanalmente, mas após contrair e relaxar corretamente a musculatura, os intervalos entre as consultas foram estendidos (duas a três semanas). Das 287 mulheres, 250 (87%) completaram o estudo. Das mulheres do grupo de treinamento muscular do assoalho pélvico, 57% (82/145) relataram melhora nos sintomas gerais desde o início do estudo, em comparação com 13% (18/142) no grupo de espera vigilante [15].

O terceiro estudo, cujo objetivo foi avaliar a eficácia do treinamento da musculatura do assoalho pélvico e de exercícios hipopressivos para o tratamento do prolapso de órgãos pélvicos em mulheres, foi realizado com 58 mulheres divididas em três grupos, homogêneos quanto à idade, número de gestações, número de partos vaginais, IMC, estado hormonal e estágio II de prolapso, para tratamento fisioterapêutico (GI - cinesioterapia perineal (21), GII - exercícios hipopressivos (21) e GIII – controle (16)). Os grupos realizaram ultrassonografia transperineal para medir a área de secção transversal do músculo levantador do ânus antes e após o tratamento, que teve duração de 12 semanas. Houve diferença estatisticamente significativa na área de secção transversal dos grupos GI e GII quando comparados antes e após o tratamento,

fato não ocorrido com o grupo GIII. As intervenções nos grupos GI e GII foram similares quanto à melhoria [16].

O quarto estudo avaliou a intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. Participaram do estudo 48 mulheres com idades entre 35 e 78 anos. A intervenção fisioterapêutica consistiu em eletroestimulação transvaginal e cinesioterapia de até 15 sessões semanais. A maioria das mulheres realizou parto normal, apresentaram prolapso pélvico 72,4% das mulheres que realizaram parto normal, 100% das que realizaram cesárea e 77,8% das que realizaram parto normal e cesárea. Nas pacientes com prolapso, detectou-se aumento significativo na função muscular após o tratamento e 87,5% das participantes ficaram continentas [17].

Tabela I - Relação de artigos e tese: Ensaio clínico randomizado controlado e quase experimental do tipo antes e depois.

Bernardes [14]	2010	Exercícios hipopressivos e contração voluntária dos MAP	Melhora da função muscular e diminuição do prolapso genital.
Wiegersma et al. [15]	2014	TMAP	57% das participantes da intervenção relataram melhora dos sintomas gerais, porém são necessários mais estudos.
Bernardes et al. [16]	2010	TMAP e exercícios hipopressivos	Ambos produziram melhorias similares na área de secção transversal do músculo levantador do ânus.
Knorst et al. [17]	2012	Eletroestimulação transvaginal e cinesioterapia	O tratamento foi eficaz para tratar e/ou curar os sintomas de IU associada ou não ao prolapso pélvico.

Fonte: Produção das autoras, 2017.

A Tabela II lista os artigos de revisão bibliográfica encontrados e as suas conclusões acerca dos levantamentos literários realizados e relacionados ao tema proposto na presente pesquisa.

Hozt *et al.* [18] buscaram avaliar a utilidade do biofeedback perineal nas disfunções do assoalho pélvico. Verificaram que a reabilitação dos músculos do assoalho pélvico, com técnicas de biofeedback, é o tratamento conservador mais utilizado para mulheres com sintomas de incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos. O biofeedback auxilia na conclusão bem-sucedida dos exercícios, e é especialmente útil em pacientes que têm dificuldade em localizar os músculos perineais.

Na revisão de Filho *et al.* [19] foram analisados estudos clínicos que responderam a 7 perguntas criadas pelos autores, relevantes sobre recursos e sua eficácia na reabilitação do assoalho pélvico no tratamento dos prolapso genitais e incontinência urinária. Todos os artigos foram classificados de acordo com o nível de evidência e grau de recomendação. A pesquisa concluiu que o treinamento da musculatura do assoalho pélvico ainda deve ser a primeira opção de tratamento conservador para mulheres com incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos, pois dentre os vários métodos disponíveis, este se mostra ser o mais seguro, eficaz e de baixo custo, porém são necessários mais estudos para sustentar essa evidência. Biofeedback, estimulação elétrica e cones vaginais devem ser oferecidos aos pacientes que não sabem contrair corretamente os músculos do assoalho pélvico.

Candido *et al.* [20] analisaram, por meio de uma revisão sistemática da literatura, evidências atuais referentes à utilização dos pessários vaginais, ao papel da fisioterapia, à melhor abordagem cirúrgica, às indicações do uso de telas e a concomitância, na vigência do prolapso, do tratamento cirúrgico da incontinência urinária. Constataram que há uma falta de consenso quanto a melhor forma de conduzir os defeitos genitais. Os autores concluem que são necessárias melhores evidências sobre a eficácia e custo-efetividade do treinamento da musculatura do assoalho pélvico, por estudos envolvendo um número maior de pacientes, avaliando a condução do prolapso sintomático a médio e longo prazos, tanto como tratamento isolado quanto como terapia adjuvante.

O estudo de Lima *et al.* [21] buscou por artigos com o maior nível de evidência, revisões narrativas e consensos de sociedades médicas a respeito do prolapso e aplicabilidades condizentes com a prática atual. Foi verificado que ainda não existem estudos bem desenhados que suportem o uso de exercícios da musculatura do assoalho pélvico que possam prevenir as distopias. Há uma grande necessidade de que estudos controlados e randomizados com alta

qualidade metodológica sejam realizados usando métodos de fisioterapia válidos e reprodutíveis para qualquer grau de prolapso, com protocolos de treinamento apropriados.

Um levantamento das evidências científicas com foco no tratamento conservador do prolapso genital foi realizado na pesquisa de Resende et al. Foram selecionados estudos prospectivos e randomizados, que incluíssem intervenção física ou de estilo de vida. Tais estudos mostraram que os exercícios perineais parecem melhorar os sintomas relacionados ao prolapso de órgãos pélvicos femininos, bem como a força muscular do assoalho pélvico e, conseqüentemente, a qualidade de vida, porém a efetividade do treinamento do assoalho pélvico na regressão do estágio do prolapso genital ainda é controversa. O tratamento se mostra eficaz quando coadjuvante à cirurgia para correção do prolapso [13].

Tabela II - Relação de artigos: Revisões.

Hozt et al. [18]	2015	A introdução do biofeedback em técnicas de reabilitação perineais melhoraram os resultados, sendo hoje o mais eficaz na técnica de recuperação perineal.
Filho et al. [19]	2013	O TMAP deve ser a primeira opção de tratamento conservador de IU e POP, pois é um método seguro, eficaz e de baixo custo, porém são necessários mais estudos.
Cândido et al. [20]	2012	São necessárias melhores evidências da eficácia e custo-efetividade do TMAP, avaliando a condução do prolapso a médio e longo prazos, como TTO isolado e adjuvante.
Lima et al. [21]	2012	Há a necessidade de trials controlados e randomizados com alta qualidade metodológica usando métodos de fisioterapia válidos e reprodutíveis para o TTO do prolapso.
Resende et al. [13]	2010	Os exercícios perineais parecem melhorar os sintomas do prolapso de órgãos pélvicos, a força dos MAP e a qualidade de vida. A efetividade do TTO na regressão é controversa.

Fonte: Produção das autoras, 2017.

Discussão

O treinamento convencional, ou cinesioterapia, se mostra eficaz na melhora do desempenho da musculatura do assoalho pélvico, que tem influência significativa no prolapso genital. É o tipo de recurso mais estudado e com maior efetividade comprovada para o tratamento da incontinência urinária de esforço, com eficácia recentemente reconhecida também para o tratamento da bexiga hiperativa e do prolapso genital [22]. Nos artigos que compõem o resultado desta revisão, é o recurso mais citado.

Korelo et al. [23] mencionam a cinesioterapia como uma técnica que utiliza ou não recursos auxiliares com o intuito de possibilitar a paciente contrair e descansar a musculatura do assoalho pélvico de forma voluntária.

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência (ICS), este recurso é recomendado para o tratamento de incontinências e prolapsos genitais, por reduzir os sintomas e prevenir ou adiar o desenvolvimento destas disfunções [17].

Para Rodrigues [24], a cinesioterapia é um procedimento importante no fortalecimento do assoalho pélvico, pois trabalha os músculos de forma ativa. Esta afirmação corrobora a de Baracho [1], de que a cinesioterapia do assoalho pélvico se baseia em contrações voluntárias repetidas e aumentam a força e a resistência muscular, melhorando as atividades dos músculos do assoalho pélvico e oferecendo maior sustentação à região pélvica e perineal. Moura e Marsal [25] reforçam essas afirmações ao citar esses exercícios como terapêuticos e que ajudam a prevenir o enfraquecimento da musculatura evitando que haja o prolapso de órgãos pélvicos e incontinência urinária.

Grosse e Sengler [26] advertem que, em casos de prolapso genital, o fortalecimento do períneo não tem o propósito de uma restauração anatômica, porém em prolapsos leves ou moderados o fortalecimento do assoalho pélvico atinge uma melhora da tolerância funcional, assim ocorre a diminuição da incontinência e do peso nessa região.

Os estudos relacionados aos exercícios hipopressivos também demonstraram o valor dessa modalidade, sendo a segunda com maior efetividade comprovada nos resultados desta revisão.

Os exercícios hipopressivos são praticados em três fases distintas, que são: inspiração diafragmática lenta e profunda, expiração completa e aspiração diafragmática, na qual há uma contração contínua dos músculos abdominais profundos, intercostais e elevação das cúpulas diafragmáticas. Durante a fase de aspiração diafragmática ocorre uma diminuição da pressão

intra-abdominal, que mobiliza as vísceras no sentido cranial, traciona a fáscia abdominal, conectada à fáscia endopélvica, e ativa os músculos do assoalho pélvico de forma reflexa. Desta forma, os exercícios hipopressivos são particularmente eficazes para mulheres que têm dificuldade em identificar a musculatura do assoalho pélvico [22,27]. A identificação se faz necessária para a correta execução dos exercícios.

Estudos recentes comprovam as afirmações de autores sobre o movimento conjunto do diafragma respiratório com o assoalho pélvico. Talasz *et al.* [28] utilizaram a ressonância magnética para provar esta correlação. Identificaram que, durante a inspiração, o assoalho pélvico se desloca para baixo juntamente com a diafragma e que, na expiração, o inverso é verdadeiro. Porém, embora haja sinergia entre a parede abdominal e o diafragma respiratório com o assoalho pélvico, alguns autores recomendam evitar a utilização de músculos acessórios nos exercícios para disfunções pélvicas.

A eficácia da eletroestimulação transvaginal foi comprovada no estudo de Knorst *et al.* [17] no tratamento do prolapso genital, com melhora significativa da função muscular do períneo.

A introdução de um eletrodo vaginal estimula os músculos do pavimento pélvico promovendo o fortalecimento muscular dessa região. A reabilitação acontece como contração passiva dos músculos levantadores do ânus, promove uma pressão intra-uretral e aumenta o fluxo sanguíneo para os músculos do assoalho pélvico desenvolvendo a função das fibras. A utilização da eletroterapia é comum na ginecologia, uma vez que diversas desordens pélvicas são aliviadas pelo uso desta técnica, porém ainda há uma carência de estudos que comprovem a efetividade desse recurso no tratamento do prolapso genital [19].

O biofeedback, estudado por Hozt *et al.* [18], é um recurso seguro e amplamente utilizado para avaliar a ação do assoalho pélvico tratado com qualquer outro recurso de fisioterapia. Consiste na aplicação de exercícios musculares realizados de forma assistida por um equipamento que traduz a atividade elétrica da contração muscular em sinais de natureza visual, tátil ou auditiva, para que o paciente e o fisioterapeuta percebam, mensurem e manipulem o trabalho realizado.

Em muitos casos, o insucesso do tratamento de disfunções do assoalho pélvico se dá pela incapacidade das pacientes em distinguir corretamente os músculos envolvidos, efetuando contrações de outros músculos não relacionados, tais como o glúteo máximo e o adutor da coxa [22]. O biofeedback promove a identificação e a propriocepção muscular e, conseqüentemente, contribui para a reeducação e a coordenação dos músculos pélvicos. Dentre as principais indicações de utilização desse recurso, estão as incontinências urinárias, as disfunções sexuais e os prolapso genitais de estágio I e II. Muitas pesquisas foram realizadas para comprovar a efetividade desse recurso no tratamento de incontinência urinária, porém poucos têm aplicabilidade em prolapso genital [29].

Conclusão

O prolapso genital é uma das disfunções do assoalho pélvico que mais afetam de forma significativa a qualidade de vida das mulheres. Os recursos utilizados na reabilitação da musculatura envolvida têm como principais objetivos a identificação dos músculos para a correta contração e, conseqüentemente, o fortalecimento para a melhora da função do períneo. A cinesioterapia e os exercícios hipopressivos parecem ser as modalidades mais aplicadas e de maior eficácia comprovada para o tratamento em casos de prolapso genital, enquanto o biofeedback e a eletroestimulação carecem de evidências. Sugere-se que mais estudos sejam realizados, tanto individualizado quanto comparativo dessas modalidades, a fim de avaliar o real impacto desses recursos e o mais efetivo no manejo do assoalho pélvico em mulheres que apresentam essa disfunção.

Referências

1. Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.579.
2. Rodrigues AM, Oliveira LM, Martins KF, Roy CA, Sartori MGF, Girão MJBC et al. Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira. Rev Bras Ginecol Obstet 2009;31(1):17-21. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000100004>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Indicadores sociodemográficos prospectivos para o Brasil 1991-2030. Rio de Janeiro: IBGE/UNFPA; 2006. [citado 5 fev 2008]. Disponível em:

- http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf_9
4. Netter FH. Atlas de Anatomia Humana. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p.531.
 5. Dangelo JG, Fattini CA. Anatomia Básica dos Sistemas Orgânicos: com a descrição dos ossos, juntas, músculos, vasos e nervos. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009. p.493.
 6. Silveira GPG. Ginecologia baseada em evidências. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p.633.
 7. Civita V. Medicina e Saúde: Enciclopédia Ilustrada. Volume 1. São Paulo: Abril; p. 1979-239.
 8. Frederickson HL, Wilkins-Haug L. Segredos em ginecologia e obstetrícia. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. p. 448.
 9. Parker S. O livro do corpo humano: um guia ilustrado de sua estrutura, funções e disfunções. 4ª ed. São Paulo: Ciranda Cultural; 2012. p. 256.
 10. Conceição JCJ. Ginecologia Fundamental. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 294.
 11. Polden M, Mantle J. Fisioterapia em Obstetrícia e Ginecologia. 1ª ed. São Paulo: Santos; 2002. p. 442.
 12. Oliveira IM, Carvalho VCP. Prolapso de órgãos pélvicos: etiologia, diagnóstico e tratamento conservador, uma metanálise. *Femina* 2007;35(5):285-94.
 13. Resende APM, Stopp L, Bernardes BT, Franco GR, Oliveira E, Girão MJBC et al. Prolapso genital e reabilitação do assoalho pélvico. *Femina* 2010;38(2):101-4.
 14. Bernardes BT. Avaliação ultrassonográfica da área de secção transversal do músculo levantador do ânus de mulheres com prolapso genital submetidas ou não ao tratamento fisioterapêutico [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2010.
 15. Wieggersma M, Panman CMCR, Kollen BJ, Berger MY, Leeuwen YL, Dekker JH. Effect of pelvic floor muscle training compared with watchful waiting in older women with symptomatic mild pelvic organ prolapse: randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2010;349:73-8. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7378>
 16. Bernardes APMR. Avaliação objetiva do impacto dos exercícios hipopressivos na reabilitação do assoalho pélvico de mulheres com prolapso genital: estudo piloto [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2010.
 17. Knorst MR, Cavazzotto K, Henrique M, Resende TL. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. *Rev Bras Fisioter* 2012;16(2):102-7. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552012000200004>
 18. Hozt FJE, Marques AA, Gallego HO. Utilidad del biofeedback perineal en las disfunciones del piso pélvico. *Investig Andin* 2015;31(17):17-170. <https://doi.org/10.33132/01248146.542>
 19. Filho ALS, Fonseca AMRM, Camillato ES, Cangussu RO. Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária. *Fisioter Pesqui* 2013;20(1):90-6. <https://doi.org/10.1590/S1809-29502013000100015>
 20. Cândido EB, Giarolla L, Fonseca AMRM, Monteiro MVC, Carvalho TS, Filho ALS. Conduta nos prolapso genitais. *Femina* 2012;40(2):97-104.
 21. Lima MIM, Lodi CTC, Lucena AA, Guimarães MVMB, Meira HRC, Lima LM et al. Prolapso genital. *Femina* 2012;40(2):69-77.
 22. Costa TF, Resende APM, Seleme M, Stüpp L, Castro RA, Berghmans B et al. Ginástica hipopressiva como recurso proprioceptivo para os músculos do assoalho pélvico de mulheres incontinentes. *Fisioter Bras* 2011;12(5):365-9. <https://doi.org/10.33233/fb.v12i5.940>
 23. Korelo RIG, Gruber CR, Nagata AS, Huhnen EY, Dutra E, Santos EFN et al. Atuação da fisioterapia na síndrome do assoalho pélvico – vulvodínia e vaginismo – uma revisão da literatura. *Fisioter Evid* 2011;2(2):6-8.
 24. Rodrigues BP. Abordagem fisioterapêutica na incontinência urinária de esforço na mulher idosa [Monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida; 2008.
 25. Moura JFAL, Marsal AS. Cinesioterapia para o fortalecimento do assoalho pélvico no período gestacional. *Visão Universitária* 2015;(3):186-201.
 26. Grosse D. Reeducação perineal. Concepção, realização e transcrição em prática liberal e hospitalar. São Paulo: Manole; 2002. p. 108.

27. Metring NL, Cruz FCA, Takaki MR, Carbone Ébe SM. Efeitos das técnicas fisioterapêuticas utilizando a mecânica respiratória no assoalho pélvico: revisão sistemática. Rev Fisioter S Fun 2014;3(1):23-32.
28. Talasz H, Kremser C, Kofler M, Kalchschmid E, Lechleitner M, Rudisch A. Phase-locked parallel movement of diaphragm and pelvic floor during breathing and coughing - a dynamic MRI investigation in healthy females. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2011;22(1):61-8. <https://doi.org/10.1007/s00192-010-1240-z>
29. Henschel U. Fisioterapia em Ginecologia. São Paulo: Santos; 2007. p.218.