



VII Congresso de Pesquisa e Extensão da
FSG
V Salão de Extensão

<http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao>

ISSN 2318-8014



RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS NA PREVENÇÃO DOS PROLAPSOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Jhúlia Cardoso^a, Maise Tamanho^a, Lidiane Barazzetti^{a*}

a) Curso de Fisioterapia, Centro Universitário da Serra Gaúcha - FSG

Informações de Submissão

*Autor correspondente (Orientador)
Lidiane Barazzetti, endereço: Rua Os Dezoito
do Forte, 2366 - Caxias do Sul - RS - CEP:
95020-472

Palavras-chave:

Prolapso. Fisioterapia. Ginecologia.

Resumo

Introdução: O prolapso genital é uma condição ginecológica que pode afetar significativamente a qualidade de vida da paciente, pois causa problemas psicológicos, sociais e financeiros. **Objetivo:** Verificar quais recursos fisioterapêuticos são utilizados na prevenção dos prolapsos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura, com pesquisas realizadas nas bases de dados eletrônicas Google Acadêmico, PubMed e SciELO, com os seguintes termos em inglês: physiotherapy in the prevention of prolapses. **Resultados:** A partir das buscas realizadas nos bancos de dados Google Acadêmico, PubMed e SciELO, foram encontrados no total 1.108 artigos. Após essa busca, realizou-se uma análise minuciosa, chegando ao total de 7 artigos. **Conclusão:** A fisioterapia é essencial para prevenção e tratamento dos prolapsos e como métodos de prevenção os exercícios de kegel são os mais indicados e com benefícios comprovados, em seguida, o método de ginástica hipopressiva e o mat pilates fazem parte da prevenção e tratamento.

1 INTRODUÇÃO

A Fisioterapia é uma ciência que pode atuar na promoção de saúde, na prevenção e reabilitação de doenças. O fisioterapeuta é um profissional que possui habilidade e conhecimento para trabalhar em todos os níveis da atenção básica, usando técnicas fisioterapêuticas que melhoram a saúde da população e diminuem a demanda de outros serviços, como internações prolongadas e cirurgias. Atua em diversas áreas da saúde, dentre elas a saúde da mulher (CREFITO-3).

A Fisioterapia na Saúde da Mulher (FISM) é reconhecida pela resolução do COFFITO n°. 372/2009, e tem como finalidade a atuação do fisioterapeuta em todas as fases da vida da mulher: na infância, na gravidez, no parto e pós-parto, no puerpério, no climatério e na terceira idade (CREFITO-15). O fisioterapeuta também pode tratar

daquelas mulheres que tem problemas urinários, fecais, prolapso genital e aquelas que tiveram câncer de mama ou ginecológico (CREFITO-3).

O prolapso genital é uma condição ginecológica que pode afetar significativamente a qualidade de vida da paciente, pois causa problemas psicológicos, sociais e financeiros. Dependendo do grau do prolapso, a mulher pode ter dificuldade de urinar e de manter relações sexuais (RODRIGUES, OLIVEIRA, et al, 2009).

Estima-se que os prolapso acometam de 41 a 65% das mulheres, no entanto, esses dados são difíceis de se obter, pois muitas mulheres têm vergonha do problema ou aceitam o prolapso como algo natural do parto vaginal ou do envelhecimento. Porém, devido ao aumento da sobrevida feminina e sua busca por uma melhor qualidade de vida, espera-se que nos próximos 30 anos dobre o número de mulheres procurando atendimento médico para disfunções do assoalho pélvico (AP) (RODRIGUES, OLIVEIRA, et al, 2009).

A cirurgia é o principal tratamento do prolapso urogenital e a cada ano cerca de 300 a 400 mil mulheres norte-americanas realizam procedimentos cirúrgicos para correção de prolapso e incontinência urinária, com custo anual de 1 bilhão de dólares (RODRIGUES, OLIVEIRA, et al, 2009). Já no Brasil, em 2007 foram realizados mais de 116 mil procedimentos cirúrgicos, o principal foi a histerectomia, que é a remoção parcial ou total do útero (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Há evidências de que a fisioterapia pode prevenir o surgimento dos prolapso, sendo assim, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura sobre as técnicas fisioterapêuticas utilizadas para a prevenção dos prolapso de órgãos pélvicos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A formação do assoalho pélvico feminino é constituída por uma rede de fâscias pélvicas, ligamentos e músculos que sustentam o útero, a bexiga, intestinos e outros órgãos pélvicos, e fazem com que eles se mantenham em sua posição fisiológica (GIRELLI, 2011). O prolapso surge quando essas estruturas de sustentação são comprometidas e há um desequilíbrio nas forças e elas não conseguem mais manter as estruturas no seu devido lugar (MORENO, 2009).

Antigamente os prolapso genitais eram classificados em cinco tipos, sendo eles a uretrocele (uretra), cistocele (bexiga), prolapso uterino, enterocele (intestino e

peritônio) e retocele (reto). A intensidade desta classificação variava de primeiro a terceiro grau, sendo o primeiro grau quando a estrutura herniada não atingia o introito (extremidade inferior da vagina), segundo grau quando atingia o intróito e o terceiro grau nos casos em que a estrutura ultrapassasse o intróito vaginal (BARACHO, 2007).

Em 1999 houve uma mudança nessa classificação e os termos utilizados antigamente foram substituídos por prolapso da parede anterior, posterior ou apical da vagina. Esta nova padronização usa uma série de medidas e pontos específicos, sendo mensurados a partir da posição relacionada ao hímen; a partir dessa medida são definidos 6 pontos representados em centímetros. Se considera positivo para presença de prolapso, quando a medida está abaixo ou distal ao hímen, negativo considera-se quando se está acima ou próximo ao hímen e quando está ao mesmo nível do hímen é considerado zero. Cada medida é colocada em um quadro onde a paciente é classificada em grau I, II, III e IV (MORENO, 2009).

O diagnóstico mais importante é o exame físico, sendo mais usado o screening neurológico, um exame pélvico com toque bimanual que avalia a simetria e força muscular do assoalho pélvico. Outra forma pode ser constatada pela própria paciente, fazendo a extensão máxima da estrutura pelo aumento da pressão abdominal, e alguns exames de imagem podem auxiliar na visualização de alterações anatômicas na parede posterior (BARACHO, 2007).

Os sintomas são variados e surgem de acordo com o local do prolapso, quando se refere a prolapsos da parede vaginal anterior a paciente pode apresentar incontinência urinária, distúrbios da micção e sintomas irritativos do trato geniturinário, já os sintomas como problemas na defecação, que inclua necessidade de manipulação digital para facilitar e sensação de não esvaziamento total, se referem a prolapsos na parede posterior (MORENO, 2009).

Os prolapsos são mais comuns em mulheres multíparas e com idade acima dos 55 anos, devido a deficiência de estrogênio e do envelhecimento. Esses fatores causam o relaxamento das estruturas do assoalho pélvico, levando à incapacidade de manter os órgãos pélvicos em sua posição normal (KNORST, CAVAZZOTTO, et al, 2012).

Além disso, existem outras hipóteses que podem causar o surgimento dos prolapsos, como a perda gradual da lordose lombar e acentuação da cifose torácica, a obesidade ou doenças respiratórias associadas à tosse, gerando assim o redirecionamento

das forças intra-abdominais para o assoalho pélvico. Mas esses fatores não apresentam literatura suficiente para serem comprovados (MORENO, 2009).

O número de parto vaginal e a qualidade do parto são fortes fatores de risco para o prolapso genital, o índice deste é de 2% em mulheres uníparas (um só filho), aumentando 50% quando se refere a mulheres múltíparas (mais de um filho). Devido ao aumento na incidência dos prolapso, de acordo com o número de filhos, é importante o preparo de uroginecologistas e fisioterapeutas para prevenção e tratamento desses casos (MORENO, 2009; BARACHO, 2007).

A fisioterapia tem um papel de extrema importância no tratamento e prevenção dos prolapso, sendo muito indicada para restabelecer a força do assoalho pélvico. Arnold Kegel, em 1948 descreveu uma sequência de exercícios para ajudar a recuperar a musculatura no pós-parto, e através disso foi-se estudando a hipótese de também serem eficazes para a prevenção de prolapso (BARACHO, 2007. O'CONNOR, 2004). O pilates, a ginástica hipopressiva, o biofeedback, os cones vaginais e a estimulação elétrica são outros recursos fisioterapêuticos que podem ser usados em conjunto com os exercícios do assoalho pélvico (LUKBAN e WHITMORE, 2002).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura, com pesquisas realizadas nas bases de dados eletrônicas Google Acadêmico e PubMed e SciELO.

Para a inclusão dos artigos, foram empregados os seguintes critérios: estudos que incluíssem a prevenção e o tratamento dos prolapso através de técnicas fisioterapêuticas, publicados em Português, Inglês e Espanhol, e terem sido publicados a partir de 2014. No primeiro momento, realizou-se um levantamento dos artigos encontrados de acordo com os critérios descritos, em seguida, foi realizado uma leitura e seleção dos artigos para a criação de uma tabela.

Para identificar os artigos sobre o assunto, foram pesquisadas na base de dados Google Acadêmico os seguintes termos em português: fisioterapia na prevenção dos prolapso. Na base de dados PubMed e SciELO foram inseridos os mesmos termos em inglês: physiotherapy in the prevention of prolapses.

Foram critérios de exclusão, trabalhos de revisão sistemática sobre o mesmo assunto, relatos de casos, artigos publicados antes de 2014 e que não apresentavam

conteúdo suficiente, dificultando assim sua análise.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir das buscas realizadas nos bancos de dados Google Acadêmico, PubMed e SciELO, foram encontrados no total 1.108 artigos. Após essa busca, realizou-se uma análise minuciosa, chegando ao total de 7 artigos.

Os artigos excluídos não se encaixavam nos nossos critérios de exclusão: 946 artigos não mencionavam o assunto proposto, 2 eram relatos de caso, 43 não foram encontrados e 108 eram artigos de revisão sistemática. A figura 1 apresenta a síntese do processo de seleção dos artigos.

Os artigos selecionados foram analisados e dispostos na Tabela 1, contendo os dados do autor e ano de publicação, local e desenho do estudo, amostra e técnica fisioterapêutica utilizada, analisando assim, a prevalência dos prolapso nas mulheres e como preveni-los com a fisioterapia.

FIGURA 1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão sistemática sobre a fisioterapia na prevenção dos prolapso, 2014 a 2019.

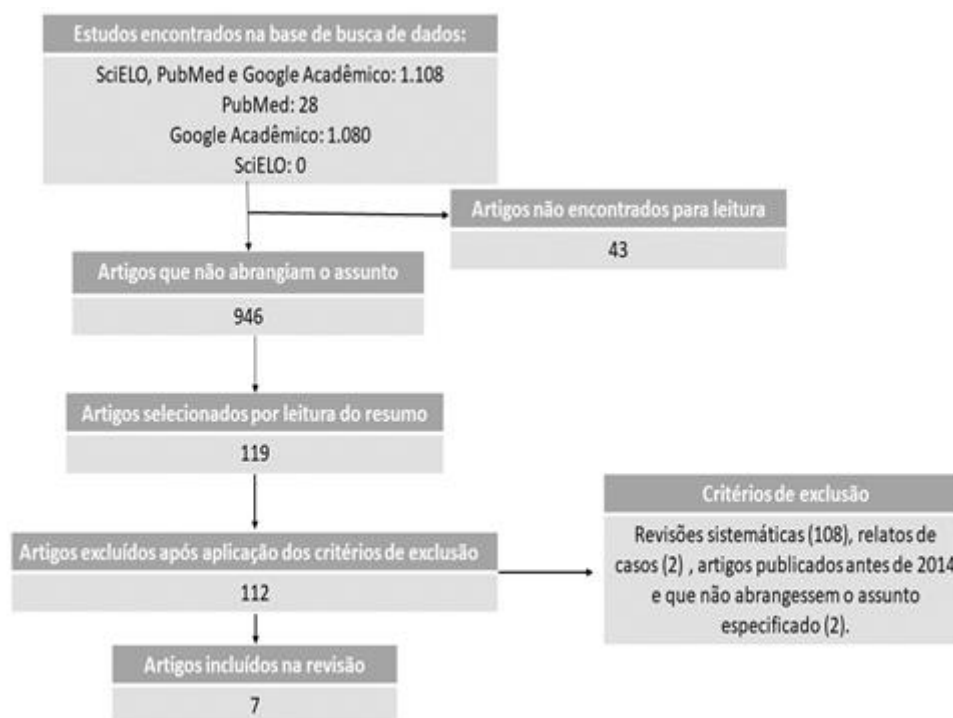


TABELA 1. Classificação dos estudos sobre fisioterapia na prevenção dos prolapso

segundo autor, ano, local, desenho do estudo, amostra e técnica fisioterapêutica utilizada, 2014 a 2019.

Autor, ano	Local	Desenho	Amostra	Técnica
Hagen et al., 2016	Nova Zelândia e Reino Unido	Randomizado e controlado	412	Treinamento muscular pélvico
Bø et al., 2015	Noruega	Randomizado e controlado	175	Treinamento muscular do assoalho pélvico
Santos et al., 2017	São Paulo	Estudo de Caso	12	Ginástica hipopressiva e exercícios convencionais
Bermeo e Sarmiento, 2015	Equador	Longitudinal	45	Técnicas de cinesioterapia
Cordones e Rocio, 2014	Equador	Campo, bibliográfico, documental	50	Técnica de Kegel
Echeverría, 2017	Equador	Longitudinal	20	Eletroterapia
Diniz et al., 2014	Fortaleza	Interventivo, observacional, descritivo	6	Mat Pilates

Conforme a presente revisão sistemática da literatura, a fisioterapia em uroginecologia tem a função de prevenir e tratar as disfunções da musculatura do assoalho pélvico (MAP), podendo ser utilizadas diversas técnicas de reeducação perineal (MORENO, 2009).

Para Cordones e Rocio (2014), os resultados foram satisfatórios na utilização dos exercícios de Kegel para a prevenção dos prolapso e incontinência urinária (IU), em mulheres multíparas que realizaram parto normal. A técnica fortaleceu a musculatura pélvica, principalmente o músculo pubococcígeo, que atingiu grau de forte contração e ajudou a evitar as perdas urinárias.

O estudo de Santos et al (2017) corrobora com os achados de Cordones e Rocio. Santos comparou os efeitos da ginástica hipopressiva (GH) e os exercícios convencionais (EC), conhecidos também como exercícios de Kegel, no fortalecimento do AP em

universitárias entre 18 e 25 anos, sem diagnóstico de disfunções no assoalho pélvico. A GH, através de estímulos da musculatura respiratória, relaxa o diafragma e diminui a pressão abdominal, tonificando a musculatura abdominal e do assoalho pélvico. Os exercícios convencionais fortalecem o AP e são eficazes na IU e anal e nas disfunções sexuais. Nesse estudo as duas técnicas tiveram resultados significativos, ambas aumentaram a força, a resistência e a capacidade da paciente de repetir o exercício sem sustentação, houve também diminuição de perda urinária ao esforço.

Outros estudos também envolveram a prática dos exercícios de Kegel, como o de Bermeo e Sarmiento (2014), que apresentaram resultados semelhantes aos encontrados pelos autores anteriores. Houve aumento da força muscular do AP e diminuição da dor referida pelas pacientes.

Já Echeverría (2017), buscou verificar a eficácia da eletroestimulação na reeducação do assoalho pélvico para prevenir os prolapso. A corrente elétrica utilizada foi o TENS, com um eletrodo colocado no corpo perineal e o outro no monte de Vênus. Esta técnica reduziu a dor perineal das pacientes, fortaleceu o assoalho pélvico e aumentou a força muscular de 8 pacientes que tinham baixo grau de força, outras duas mulheres não apresentaram melhora, mas por terem realizado o tratamento proposto de forma inadequada.

Outra técnica abordada para a prevenção das disfunções pélvicas foi estudada por Diniz et al (2014), a qual verificou a aplicação do Mat pilates (pilates no solo) em seis mulheres e, obteve como resultado o aumento na força de contração das fibras musculares do assoalho pélvico, tanto as fibras tipo 1 (responsáveis pela ação antigravitacional dos músculos) quanto as tipo 2 (recrutadas durante o aumento súbito da pressão abdominal). Somente uma paciente obteve resultado menor nas fibras de tipo 2, devido ao fato de ser idosa e haver uma perda dessas fibras com o envelhecimento.

Hagen et al (2016) corrobora com os achados de Diniz, onde utilizou o treinamento dos músculos pélvicos com base no Pilates e um DVD para uso doméstico, isto no grupo intervenção, já o grupo controle recebeu orientações sobre o prolapso e como ter uma boa qualidade de vida com o mesmo. Os resultados mostraram que o Pilates levou a uma redução dos sintomas dos prolapso no grupo intervenção, enquanto no grupo controle não houve diferença.

Segundo Bø et al (2015), que utilizou um treinamento muscular do assoalho pélvico (não especificando qual), não houve diferenças significativas entre os grupos que

tiveram acompanhamento durante o período de intervenção e os que não tiveram, também não ocorreu mudança no estágio de prolapso. Os autores explicam que o resultado encontrado, pode ser devido ao fato de que as mulheres avaliadas estavam na 6ª semana de pós-parto e provavelmente não estavam em seu nível ideal de atividade física. Eles complementam explicando, que um treinamento muscular do assoalho pélvico demonstra efeitos em mulheres de meia-idade, e que não há muito conhecimento sobre essa relação em mulheres no pós-parto.

Diante da pesquisa realizada, observamos que existem muitas técnicas fisioterapêuticas que podem ser usadas como método preventivo no surgimento dos prolapso, mas é importante ressaltar, que todas essas intervenções necessitam de conscientização corporal por parte da paciente para serem realizadas com eficácia. Por isso, o fisioterapeuta antes de iniciar um treinamento do assoalho pélvico, deve explicar para a paciente quais estruturas formam essa região e em seguida é preciso melhorar essa consciência corporal da região pélvica (SANTOS et al, 2017). A avaliação do grau do prolapso também é importante antes de iniciar o tratamento fisioterapêutico, pois prolapso grau III ou IV são mais difíceis de serem tratados somente com a fisioterapia, necessitando muitas vezes a realização de uma intervenção cirúrgica (MORENO, 2009).

Até o momento, são poucas as publicações nacionais sobre a fisioterapia como método de prevenção dos prolapso de órgãos pélvicos, a maioria dos estudos encontrados abordavam sobre a prevenção da incontinência urinária. No entanto, algumas técnicas utilizadas na IU também podem ser aplicadas para prevenir e tratar os prolapso, pois a incontinência muitas vezes pode estar associada a presença de algum grau de prolapso (SANTOS et al, 2017).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Fisioterapia no âmbito ginecológico surgiu pela área obstétrica desde o século XIX e durante anos os prolapso eram exclusivamente cirúrgicos, o que acabava reincidindo o quadro devido as disfunções dos músculos do períneo não serem restaurados perante sua força e tônus, então, em 1999 a Organização Mundial da Saúde recomenda a intervenção fisioterapêutica na prevenção de prolapso genitais (O COFFITO, 2002). Na presente revisão abordamos métodos fisioterapêuticos para prevenção de prolapso genitais de órgãos pélvicos, foi nítido ao decorrer do estudo que

a fisioterapia é essencial para prevenção e tratamento dos prolapso e que o fisioterapeuta é o profissional de total aptidão para realizar os mesmos.

Como métodos de prevenção os exercícios de Kegel são os mais indicados e com benefícios comprovados, em seguida, o método de ginástica hipopressiva e o mat pilates fazem parte da prevenção e tratamento. Acredita-se que um plano de tratamento que envolva os três métodos traria uma eficácia significativa e deveria ser indicado para mulheres de todas as idades.

6 REFERÊNCIAS

- BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4^o.ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koohan, 2007.
- BERMEO, M. J. A.; SARMIENTO, C. A. E. **Aplicacion de Técnicas Kinesioterapéuticas para la preparacion del suelo pélvico en mujeres embarazadas que acuden al area de consulta externa del Hospital General Provincial Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda en el período de Noviembre 2014 – Abril 2015**. Equador, 2015. Tesina (Licenciadas en Terapia Física y Deportiva) Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud, 2015.
- BO, K.; HILDE, G.; STAER-JENSEN, J et al. Postpartum pelvic floor muscle training and pelvic organ prolapse - a randomized trial of primiparous women. **Am J Obstet Gynecol**. Noruega, v. 212, n. 38, p. 1-7, 2015.
- CREFITO. **O seu município tem muito a ganhar com a contratação de fisioterapeutas**. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3^a Região: São Paulo, [S.d]. Disponível em: <<http://www.crefito3.org.br/dsn/pdfs/Carlilha%20-%20fisioterapeuta.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2019.
- CREFITO. **Fisioterapia na Saúde da Mulher**. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 15^a Região: Espírito Santo, [S.d]. Disponível em: <<http://www.crefito15.org.br/fisioterapia-na-saude-da-mulher/>>. Acesso em: 24 Abr. 2019.
- CORDONES, P.; ROCIO, J. **La Técnica de Kegel y la Prevención del Prolapso de Vejiga en Pacientes Post-parto Normal Múltiparas de la Clínica provida de la Ciudad de Latacunga en el período Diciembre 2011 – Junio 2012**. Equador, 2014. Trabajo del Grado (Licenciada en Terapia Física) Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, 2014.
- DINIZ, M. F.; VASCONCELOS, T. B et al. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em mulheres praticantes de Mat Pilates. **Manual Therapy, Posturology and Rehabilitation Journal**. Fortaleza, v. 12, p. 406-420, 2014.
- ECHEVERRIA, J. J. D. **Fortalecimiento del Suelo Pelvico com Electroterapia em Pacientes Post-parto que acuden al Hospital Dr. Publio Escobar Gomez de la Torre**. Equador, 2017. Trabajo del Grado (Licenciada en Terapia Física y Deportiva) Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud, 2017.
- GIRELLI, P., GLISOI, S. F. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com

incontinência urinária. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, v. 9, n. 6, p. 408-413, 2011.

GOLLOP, T. R.; SANTOS, A. G.; BIANCHI, R. F.; ROSSI, A. G. Z. O útero sadio deve ser retirado em cirurgias de assoalho pélvico?. **Einstein: Educ. Contin. Saúde**. São Paulo, v. 7, n. 3, p. 123-126, 2009

HAGEN, S.; GLAZENER, C.; MCCLURG, D et al. Pelvic floor muscle training for secondary prevention of pelvic organ prolapse (PREVPROL): a multicentre randomised controlled trial. [S.l], **The Lancet**, v. 389, n. 10067, p. 393-402, 2017.

KNORST, M. R.; CAVAZZOTTO, K; HENRIQUE, M; RESENDE, T. L. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 16, n. 2, p. 102-107, 2012.

LUKBAN JC, WHITMORE KE. Pelvic floor muscle re-education treatment of the overactive bladder and painful bladder syndrome. **Clin Obstet Gynecol**. Philadelphia, v. 45, n. 1, p. 273-285, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2007.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2019.

MORENO, A. L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. 2ª ed., Rev. e Ampl., São Paulo: Editora Manole, 2009.

PEREIRA, A. G. P. **O papel da fisioterapia no prolapso uterino**. Faculdade Faipe, Portal Bio Cursos, [S.l], 2012. Disponível em:

<[http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/97/320-](http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/97/320-O_Papel_da_Fisioterapia_no_Prolapso_Uterino.pdf)

[O_Papel_da_Fisioterapia_no_Prolapso_Uterino.pdf](http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/97/320-O_Papel_da_Fisioterapia_no_Prolapso_Uterino.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2019.

RIGUEIRA, F. M. **Sintomas, expectativas e qualidade de vida na abordagem do Prolapso de Órgãos Pélvicos**. Lisboa, 2017. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) Clínica Universitária de Obstetrícia e Ginecologia, 2017.

RODRIGUES, A. M; OLIVEIRA, L. M; MARTINS, K. F., et al. Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira. **Revista Brasileira Ginecol. Obstet**. São Paulo, v. 31, n. 1, p. 17-21, 2009.

SANTOS, G. M; ANDRELLO, I. B. Treinamentos dos músculos do assoalho pélvico: ginástica hipopressiva versus exercícios convencionais. **Revista de Trabalhos Acadêmicos da FAM**, Americana, v. 2, n. 1, p. 81-96, 2017.

STEPHENSON, R. G.; O'CONNOR, L. J. **Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia**. 2ª ed., São Paulo: Editora Manole, 2004.