



unifaema

CENTRO UNIVERSITÁRIO FAEMA – UNIFAEMA

ANA CLARA MOREIRA GOMES

**CONTRIBUIÇÕES DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PROLAPSO
GENITAL**

ARIQUEMES - RO

2022

ANA CLARA MOREIRA GOMES

**CONTRIBUIÇÕES DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO PROLAPSO
GENITAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Fisioterapia do Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA como pré-requisito para obtenção do título de bacharel em: Fisioterapia

Orientador (a): Prof. Ma. Jéssica Castro dos Santos

ARIQUEMES - RO

2022

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G633c Gomes, Ana Clara Moreira.

Contribuições da fisioterapia no tratamento do prolapso genital. / Ana Clara Moreira Gomes. Ariquemes, RO: Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA, 2022.

38 f.

Orientador: Prof. Ms. Jéssica Castro dos Santos.

Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Fisioterapia – Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA, Ariquemes/RO, 2022.

1. Assoalho Pélvico. 2. Prolapso Genital. 3. Fisioterapia Pélvica. 4. Cinesioterapia. 5. Modalidades fisioterapêuticas. I. Título. II. Santos, Jéssica Castro dos.

CDD 615.82

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

ANA CLARA MOREIRA GOMES

**CONTRIBUIÇÕES DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO PROLAPSO
GENITAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Fisioterapia do Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA como pré-requisito para obtenção do título de bacharel em: Fisioterapia.

Orientador (a): Prof. Ma. Jéssica Castro dos Santos.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Jéssica Castro dos Santos
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA.

Profa. Ma. Patricia Caroline Santana
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA.

Profa. Ma. Clediane Molina de Sales
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA.

ARIQUEMES – RO

2022

Dedico este trabalho à minha mãe, meu porto seguro de todas as horas e minha maior incentivadora.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por sempre estar ao meu lado nos momentos mais difíceis desse trabalho.

Agradeço a minha mãe, Maria do Socorro, por ter me incentivado tanto, não apenas durante meus estudos, como também na vida. Por ser meu colo nos momentos difíceis, por todo seu amor e dedicação.

Aos meus irmãos Marcos e Mateus, por todo o carinho e amor apesar de todas as brigas.

A minha família e amigos que estiveram sempre presentes em todos os momentos de minha formação.

Agradeço também, as pessoas que hoje já não fazem mais parte da minha vida, mas que ainda são muito importantes para mim.

A todos os meus professores da graduação, que foram de fundamental importância na construção da minha vida acadêmica.

Aos meus colegas de classe, por todos esses anos.

A professora Jéssica, pela sua paciência, conselhos e ensinamentos que foram essenciais para o desenvolvimento do TCC.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização de mais um sonho.

“A menos que modifiquemos à nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.”

Albert Einstein

RESUMO

A pelve é formada pelos ossos, ílio, ísquio, púbis, sacro e cóccix e apresenta duas bases, sendo elas, chamadas de maior e menor. Entende-se por assoalho pélvico todo o conjunto de músculos, nervos, ligamentos, e tecido conjuntivo que estabiliza e sustenta os órgãos pélvicos. O prolapso genital é definido como o deslocamento dos órgãos pélvicos para o interior da vagina, provocado pelo enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico. Essa descida acontece por um desequilíbrio nas forças dos músculos responsáveis pela sustentação dos órgãos pélvicos. O tratamento desta disfunção pode ser conservador ou cirúrgico, tendo em consideração o grau do prolapso. O tratamento conservador é indicado em graus mais leves, consistindo em mudanças de hábitos gerais e fisioterapia que trabalha para restaurar a resistência e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico. Desta forma, esta pesquisa tem como objetivo descrever sobre a importância da intervenção fisioterapêutica no tratamento do prolapso genital. Para realização desta pesquisa, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com busca nas plataformas indexadas e digitais, no idioma de língua portuguesa e inglesa, publicados entre os anos de 2009 a 2022 e livros do acervo da biblioteca Júlio Bordignon. Portanto, foi possível concluir que a fisioterapia vem se mostrando eficaz no fortalecimento muscular, entre as técnicas utilizadas estão a cinesioterapia baseada nos exercícios de Kegel, eletroestimulação, cones vaginais e pessários.

Palavras-chave: Assoalho Pélvico. Prolapso Genital. Fisioterapia. Cinesioterapia.

ABSTRACT

The pelvis is formed by the bones, ilium, ischium, pubis, sacrum and coccyx and has two bases, which are called greater and lesser. Pelvic floor is understood to be the entire set of muscles, nerves, ligaments, and connective tissue that stabilize and support the pelvic organs. Genital prolapse is defined as the displacement of the pelvic organs into the vagina, caused by the weakening of the pelvic floor muscles. This descent happens due to an imbalance in the forces of the muscles responsible for supporting the pelvic organs. The treatment of this dysfunction can be conservative or surgical, taking into account the degree of prolapse. Conservative treatment is indicated in milder degrees, consisting of changes in general habits and physical therapy that works to restore strength and strengthen the pelvic floor muscles. Thus, this research aims to describe the importance of physical therapy intervention in the treatment of genital prolapse. To carry out this research, a bibliographic research was carried out with a search on indexed and digital platforms, in Portuguese and English, published between the years 2009 to 2022 and books from the Júlio Bordignon library collection. Therefore, it was possible to conclude that physiotherapy has been effective in muscle strengthening, among the techniques used are kinesiotherapy based on Kegel exercises, electrostimulation, vaginal cones and pessaries.

Keywords: Pelvic Floor, Genital Prolapse, Physiotherapy. Kinesiotherapy.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----------|
| Figura 1. Vista ventral da pelve feminina..... | 18 |
| Figura 2. Órgãos Pélvicos..... | 19 |
| Figura 3. Músculos do assoalho pélvico, vista superior..... | 20 |
| Figura 4. Cistocele..... | 22 |
| Figura 5. Uretrocele com cistocele moderada. | 23 |
| Figura 6. Enteroccele com retocele e prolapso uterino. | 23 |
| Figura 7. Grande retocele..... | 24 |
| Figura 8. Prolapso uterino | 24 |
| Figura 9. Estágios do prolapso de cúpula vaginal..... | 25 |
| Figura 10. Medições usadas no sistema POP-Q..... | 27 |
| Figura 11. A: Esquema de eversão completa da vagina (estagio IV), | 28 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----------|
| Tabela 1. Classificação do sistema POP-Q: | 25 |
| Tabela 2. Artigos da Fisioterapia no prolapso genital:..... | 31 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| AUGS | Sociedade Americana de Uroginecologia |
| BVS | Biblioteca Virtual de Saúde |
| DeCS | Descritores em Ciência da Saúde |
| ICS | Sociedade Internacional de Continência |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PG | Prolapso Genital |
| POP-Q | Pelvic Organ Prolapse Quantification |
| PubMed | United States National Library of Medicine, National Institutes Health |
| SGS | Sociedade de Cirurgiões Ginecológicos |

Sumário

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 JUSTIFICATIVA | 15 |
| 1.2 OBJETIVOS | 15 |
| 1.2.1 Geral | 15 |
| 1.2.2 Específicos | 15 |
| 1.3 HIPÓTESE | 16 |
| 2 METODOLOGIA | 17 |
| 13 REVISÃO DE LITERATURA | 18 |
| 3.1 ASSOALHO PÉLVICO | 18 |
| 3.2 PROLAPSO GENITAL | 21 |
| 3.3. PREVENÇÃO | 28 |
| 3.4. TRATAMENTO CIRÚRGICO | 29 |
| 3.5. TRATAMENTO CONSERVADOR | 30 |
| 3.5.1. Atuação da Fisioterapia no Tratamento do Prolapso Genital | 30 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 34 |
| REFERÊNCIAS | 35 |

1 INTRODUÇÃO

O prolapso genital (PG) ocorre em uma a cada três mulheres de todas as idades e em mulheres acima de 60 anos a incidência é de 60% (GONÇALVES, 2012). É um problema que atinge milhares de mulheres ao redor mundo. Podendo ser definida como, deposição da parede vaginal anterior e/ou posterior, ou ápice da vagina (COELHO, 2016).

Essa descida é resultante do desequilíbrio nas forças responsáveis em sustentar os órgãos pélvicos no seu devido local e tendem a impeli-los para fora, levando esses órgãos em direção ao hiato genital, podendo ocorrer em diversos graus (COELHO, 2016; MORENO, 2009).

A incidência é maior em mulheres múltíparas, raça branca e de idade avançada devido à deficiência de estrogênio e envelhecimento ligados ao relaxamento das estruturas do assoalho pélvico, levando a inabilidade de sustentar o órgão pélvico em sua posição habitual (KNORST, 2012). Além disso, Santos (2013), aponta a obesidade, histórico familiar, idade avançada, desordens no colágeno, como sendo alguns dos fatores de risco para o PG. Porém, dentre essas a fonte mais comum do déficit do assoalho pélvico está aparentemente relacionado ao trauma de parto (MORENO, 2009).

Segundo Rodrigues *et al.* (2009) e Garcia (2015), o diagnóstico do prolapso genital é realizado baseando-se na história da paciente e exame ginecológico, onde é realizado o estadiamento do prolapso, sendo utilizado o sistema *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POP-Q), no qual é padronizado pela *International Continence Society* (ICS).

O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, tendo em consideração o grau do prolapso. O tratamento conservador é indicado em graus mais leves, consistindo em mudanças de hábitos gerais e fisioterapia que trabalha para restaurar a resistência e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, sendo de grande importância tanto para tratamento como para prevenção (ZAURISIO *et al.*, 2017).

A intervenção fisioterapêutica é imprescindível até mesmo no tratamento cirúrgico, sendo indispensável intervir três meses antes e seis meses após o procedimento cirúrgico (GARCIA, 2015). Contudo, a opção do tratamento depende de fatores, como a opinião da mulher, idade, vida sexual, condições clínicas associadas e estágio do

prolapso. Existe também o tratamento preventivo, que visa manter a resistência da musculatura pélvica (COELHO, 2016).

Sendo de ocorrência relativamente comum, o prolapso, mesmo que não configurando risco de vida, pode prejudicar de forma significativa a qualidade de vida da mulher, causando impacto psicológico, social, sexual e financeiro (MORENO, 2009; RODRIGUES *et al.*, 2009).

A crença de que essa condição faz parte da idade, do envelhecimento e das gestações fazem com que muitas mulheres mantenham em sigilo essa queixa, fazendo com que ocorra a procura por ajuda profissional atrasada, proporcionando a evolução e aumento da gravidade do prolapso e acaba levando a um isolamento social importante (RODRIGUES *et al.*, 2009).

1.1 JUSTIFICATIVA

Este estudo tem como justificativa, discorrer sobre os benefícios do tratamento conservador em mulheres com prolapso genital, bem como, seus recursos fisioterapêuticos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Descrever sobre as contribuições das intervenções fisioterapêuticas no tratamento do prolapso genital.

1.2.2 Específicos

- Apontar a anatomia do assoalho pélvico;
- Discorrer sobre o prolapso genital;
- Compreender a atuação fisioterapêutica na prevenção do prolapso genital;

- Elucidar sobre os principais recursos no tratamento fisioterapêutico conservador;

1.3 HIPÓTESE

A fisioterapia na saúde da mulher tem grandes benefícios na prevenção de prolapsos, através de exercícios para restaurar a resistência da musculatura do assoalho pélvico e melhorar sua sustentação.

O tratamento realizado pelo fisioterapeuta visa a tentativa de regressão do prolapso através de exercícios que podem ser realizados também para prevenção, podendo ser incluídos a cinesioterapia e eletroestimulação intravaginal.

Além da fisioterapia atuar no pré e pós operatório quando o tratamento conservador já não se mostra eficaz. Uma musculatura consciente e treinada favorece a cicatrização, pois fica uma região melhor irrigada.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, realizada por meio de levantamento bibliográfico com caráter descritivo, cujo objetivo é esclarecer sobre o tema proposto. Sendo que este estudo foi baseado em artigos científicos disponíveis em bancos de dados indexados, como: United States National Library of Medicine, National Institutes Health (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico e livros do acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Centro Universitário Faema – UNIFAEMA Ariquemes-RO, empregando os seguintes Descritores em Ciências e Saúde (DeCS): Assoalho Pélvico, Prolapso Genital e Fisioterapia e Cinesioterapia.

A partir das pesquisas foram selecionados um total de 32 referências, tendo critério de inclusão artigos originais publicados nos idiomas de língua portuguesa e inglesa durante o período de 2009 a 2022 e os critérios de exclusão foram artigos que não eram relevantes para a pesquisa e estivessem fora do tempo estimado.

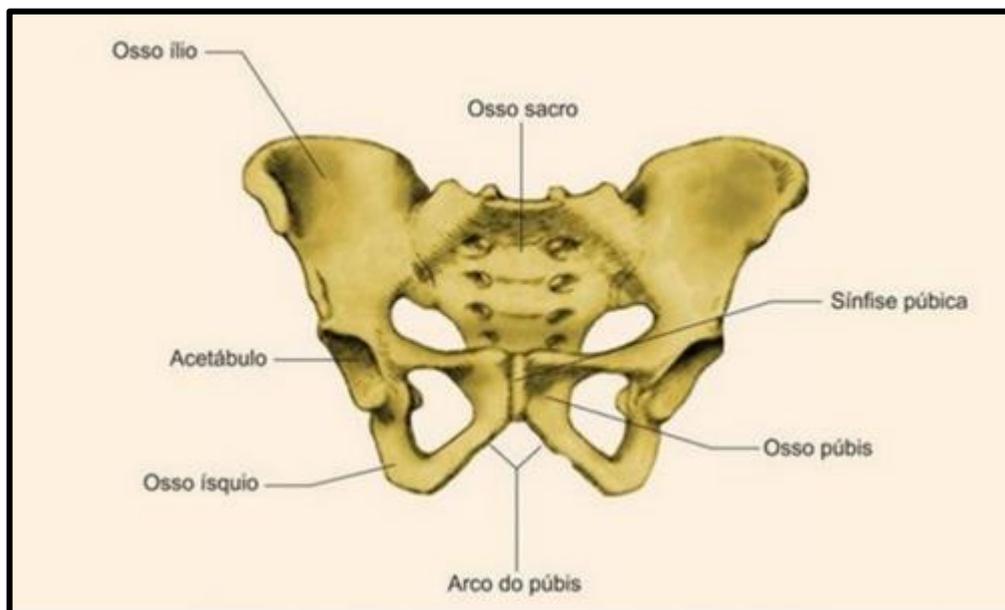
Para a construção da tabela foram encontrados um total de 13 referências, dos quais apresentaram potencial relevância para análise completa. Os estudos resultantes foram lidos na íntegra classificados de acordo com autor, ano, objetivos, metodologia, técnicas utilizadas, resultados e conclusão, entretanto, apenas 5 preencheram os critérios de elegibilidade.

13 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASSOALHO PÉLVICO

A pelve tem como estrutura os ossos ílio, ísquio, púbis, sacro e cóccix (figura 1). Tendo como localização a parte inferior da coluna vertebral e apresentando duas bases, pelve maior (falsa), mais superior, que é ocupada pelas vísceras abdominais e segue na parte inferior até a base mais estreita chamada de pelve menor (verdadeira). A abertura pélvica inferior é fechada pelo assoalho pélvico (STEIN *et al.*, 2019).

Figura 1. Vista ventral da pelve feminina.

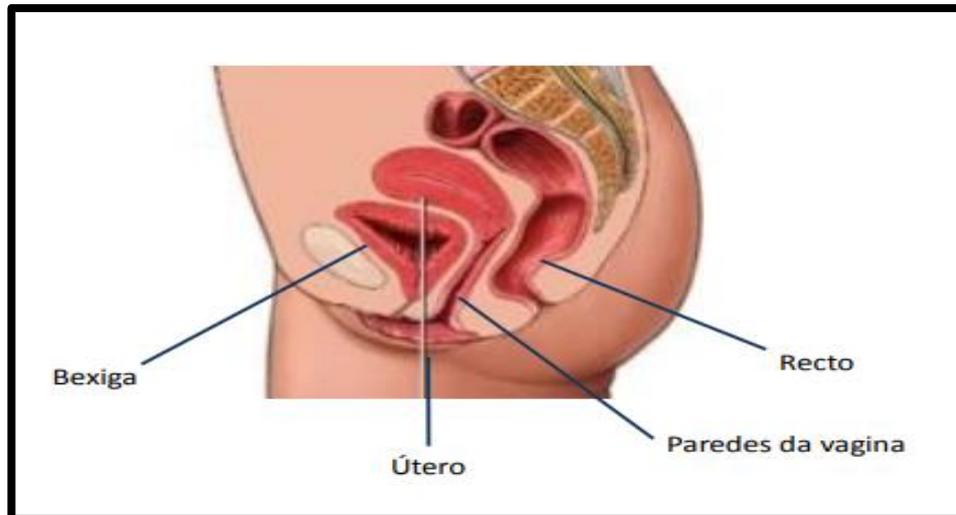


Fonte: COLICIGNO *et al.*, 2009

Os órgãos pélvicos (figura 2) estão localizados dentro da cavidade pélvica, são eles:

Bexiga, útero e reto, estes órgãos são cercados por uma camada de tecido músculo-fibroso, que os seguram e os conectam à parede. As fâscias e os ligamentos têm como função a estabilização e suspensão estes órgãos na sua anatomia normal. Esses músculos são responsáveis por sustentar esses órgãos em repouso quando a pressão intra-abdominal aumenta. (RAMOS, 2014).

Figura 2. Órgãos Pélvicos



Fonte: CANDOSO, 2010.

A bexiga atua como uma área de armazenamento de urina. Quando está vazia, a bexiga está localizada inferiormente ao peritônio e posteriormente à sínfise púbica: quando está cheia, eleva-se para a cavidade abdominal. É um órgão muscular oco, elástico que, nas mulheres, está à frente da vagina e abaixo do útero (RAMOS, 2014).

O Útero é um órgão em forma de pêra invertida, oco, ímpar e mediano, plano no sentido antero-posterior, que eleva-se do centro do períneo, para o interior da cavidade pélvica. Na parte interior é revestido por um tecido vascularizado rico em glândulas: o endométrio. O útero está localizado entre a bexiga urinária, voltada para frente, e o reto, voltado para trás. Sendo sua principal função, abrigar e nutrir o feto, podendo expandir e reduzir seu tamanho durante a gestação (GARCIA, 2015).

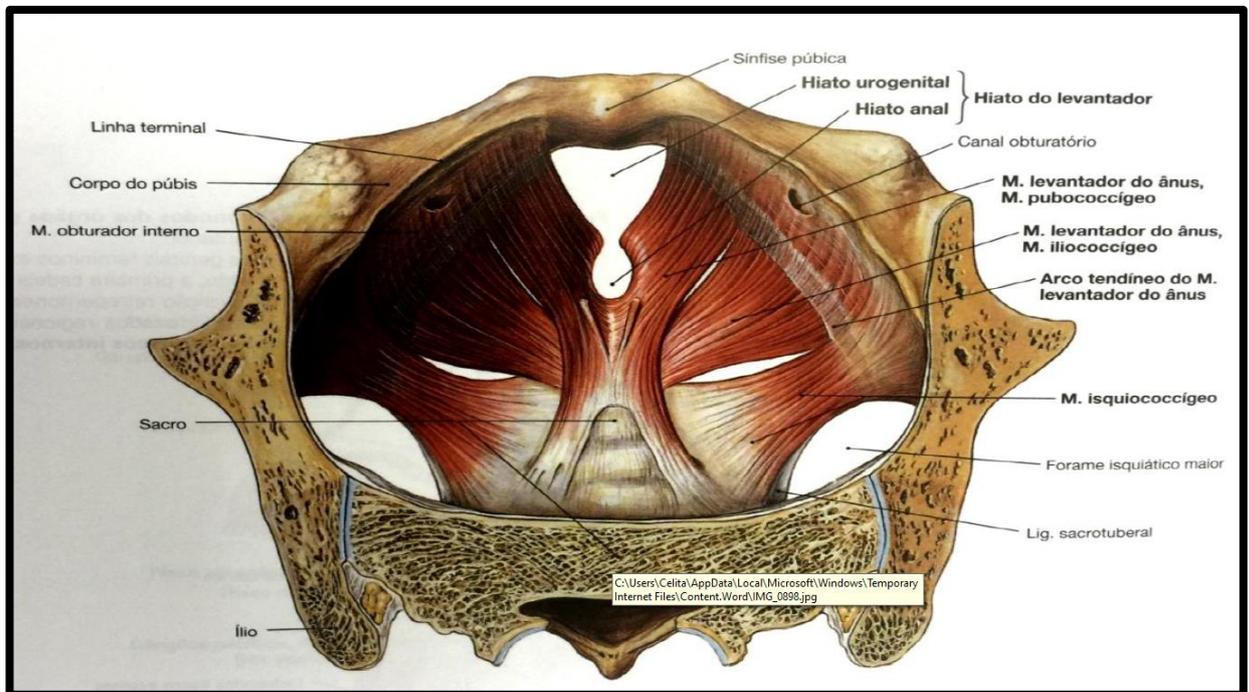
O reto é a porção distal do intestino grosso e está localizado na parte posterior da cavidade pélvica. É contínuo com o colo sigmóide na junção retossigmoidea na frente do sacro, onde geralmente há uma angulação aguda. O reto se curva para baixo e para frente, repousando em primeiro lugar na superfície anterior do sacro e, em seguida, na superfície superior do assoalho pélvico (GARCIA, 2015).

O assoalho pélvico pode ser definido como todo o conjunto de músculos, nervos, ligamentos e tecido conjuntivo que dão sustentação e estabilidade dos órgãos pélvicos (SANTOS, 2013). Consiste em várias estruturas que vão desde o peritônio parietal posterior até a pele da vulva. De proximal para distal temos: peritônio, fáscia visceral e pélvica interna, elevador do ânus, períneo e musculatura genital externa. O

suporte para essas estruturas é fornecido por sua conexão com o osso pélvico. A fáscia é responsável por fornecer suporte através de conexões com músculos e ossos (MONTELLATO; BARACAT; ARAP, 2000; MORENO, 2009; MASCARENHAS, 2011; HORST; SILVA, 2016; FROTA, 2016).

Os músculos do assoalho pélvico são divididos em três planos: superficial, incluindo isquiocavernoso, bulbocavernoso, transverso superficial, esfíncter anal externo e constritor da vulva (Figura 3). O plano médio consiste no esfíncter uretral externo e no transverso profundo. O plano profundo consiste nos músculos elevador do ânus e coccígeo, também conhecido como diafragma pélvico. (GONÇALVES, 2012).

Figura 3. Músculos do assoalho pélvico, vista superior.



Fonte: SOBOTTA, 2012

O pavimento pélvico é uma estrutura extremamente complexa na visão biomecânica. Estende-se para a pelve para sustentar os órgãos pélvicos e conteúdo abdominal (GONÇALVES, 2012).

Esta estrutura é muito adaptável e é responsável pelas contrações para manter a continência urinária, fecal e relaxamento, esvaziamento intestinal e vesical. Muitas mulheres apresentam disfunções que impedem que o assoalho pélvico se

coordene adequadamente quando estimulado. Esta condição favorece o desenvolvimento de condições como o prolapso genital (MORENO et al., 2021).

3.2 PROLAPSO GENITAL

O PG corresponde ao deslocamento dos órgãos pélvicos para a vagina devido à fraqueza do tecido muscular que mantém os órgãos pélvicos internos no lugar (MONTELLATO; BARACAT; ARAP, 2000). De acordo com a ICS, prolapso é o declínio de no mínimo uma das seguintes estruturas: a parede vaginal anterior, a parede vaginal posterior ou o ápice vaginal (MASCARENHAS, 2011).

O prolapso pode ocorrer em uma a cada três mulheres levando em consideração todas as idades e em 60% das mulheres com mais de 60 anos, sendo considerada uma condição constrangedora e debilitante (GONÇALVES, 2012).

Para Mascarenhas (2011), há certa dificuldade para obtenção de dados epidemiológicos, pois na maioria das vezes as mulheres escondem sua condição, seja ela por vergonha, falta de conhecimento ou por acharem que se trata de uma consequência natural do envelhecimento ou de partos naturais. A prevalência desta patologia é em torno de 21,7% entre mulheres de 18 a 83 anos, podendo variar de 30% entre mulheres de 50 e 89 anos. Visto que 11,1% da população feminina será submetidas à cirurgia em algum momento da sua vida, com a taxa de reoperação podendo chegar em até 30%.

Geralmente aparece após gravidez sucessiva e partos múltiplos, mas obesidade, envelhecimento, alterações hormonais e certas doenças musculares, neurológicas e genéticas também estão entre as causas dessa doença, que compromete o desempenho físico, social, no trabalho e a sexualidade (RESENDE et al., 2010).

A lesão dos ligamentos suspensórios é considerada uma das principais causas de manifestações de prolapso. Os ligamentos degenerados ou danificados podem enfraquecer os músculos e impedir o fechamento de órgãos (bexiga, vagina e reto). Dependendo dos ligamentos afetados, pode ocorrer retocele, cistocele, prolapso uterino ou defeito lateral. As alterações causadas pela gravidez, parto vaginal ou atrofia genital são muitas vezes multidimensionais, ou seja, afetam mais de um

ligamento em graus variados (MONTELLATO; BARACAT; ARAP, 2000; MASCARENHAS, 2011; GARCIA, 2015; BEZERRA, 2016;).

Em torno de 23,5% a 49,4% das mulheres possui prolapso, esses valores podem se alterar muito devido à falta de procura por tratamento (GONÇALVES, 2012; RESENDE et al., 2010).

No esforço, as vísceras pélvicas são empurradas para baixo. Como mencionado anteriormente, o suporte é fornecido por músculos e ligamentos flexíveis e intactos. Qualquer defeito no compartimento anterior ou posterior pode levar a um declínio patológico nos órgãos pélvicos do órgão, bem como à disfunção do assoalho. O assoalho pélvico não é uma plataforma estática, mas um suporte dinâmico, respondendo ao esforço exercido sobre ele (MORENO, 2009; HORST; SILVA, 2016).

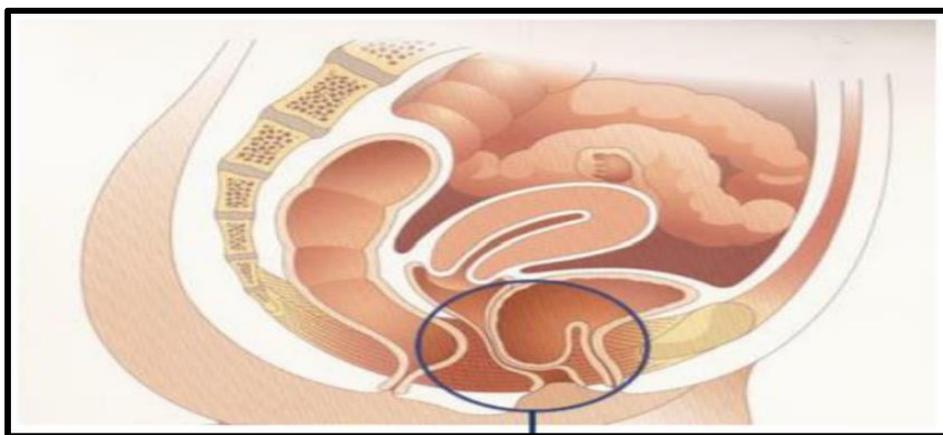
Muitas mulheres são assintomáticas, ou seja, não apresentam sinais ou sensações devido ao PG. Entretanto, à medida que a condição progride, podem surgir sinais e sintomas, como pressão na pelve, dor lombar, sensação de algo saindo da vagina, dor durante a relação sexual, dificuldade em evacuar ou urinar e, eventualmente, ao caminhar (MORENO, 2009; RESENDE, 2010).

O prolapso genital pode ser classificado em quatro grupos:

Defeito da parede vaginal anterior (cistocele e uretrocele) Sendo estes os mais comuns de ocorrer, podendo os dois manifestar-se em conjunto, resultando em Cistourethrocele (MASCARENHAS, 2011).

A cistocele (figura 4) ocorre quando os músculos da bexiga sofrem a perda da capacidade de suporte nesta região (RODRIGUES, 2001; MORENO, 2009; MASCARENHAS, 2011).

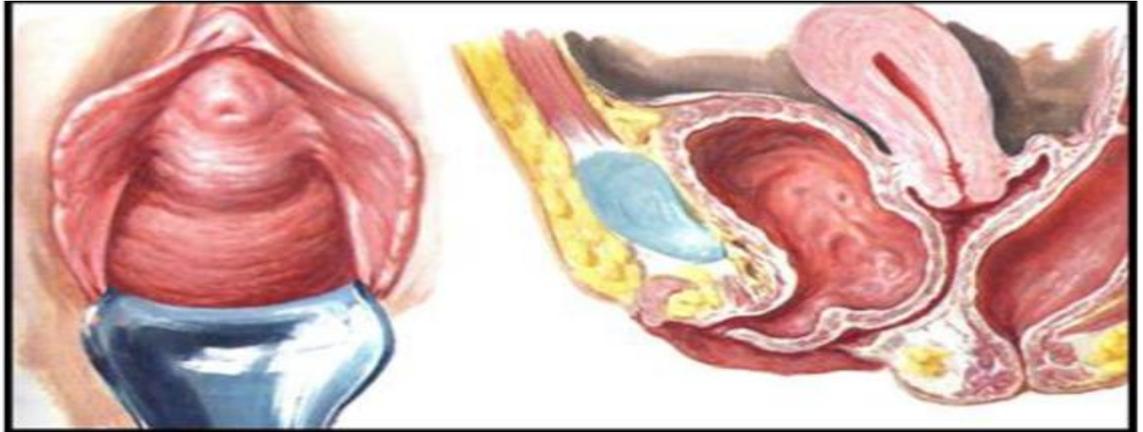
Figura 4. Cistocele



Fonte: CANDOSO, 2010.

A perda da sustentação da uretra devido ao desgaste muscular é chamado de uretrocele (figura 5). (RODRIGUES, 2001; MORENO, 2009; MASCARENHAS, 2011).

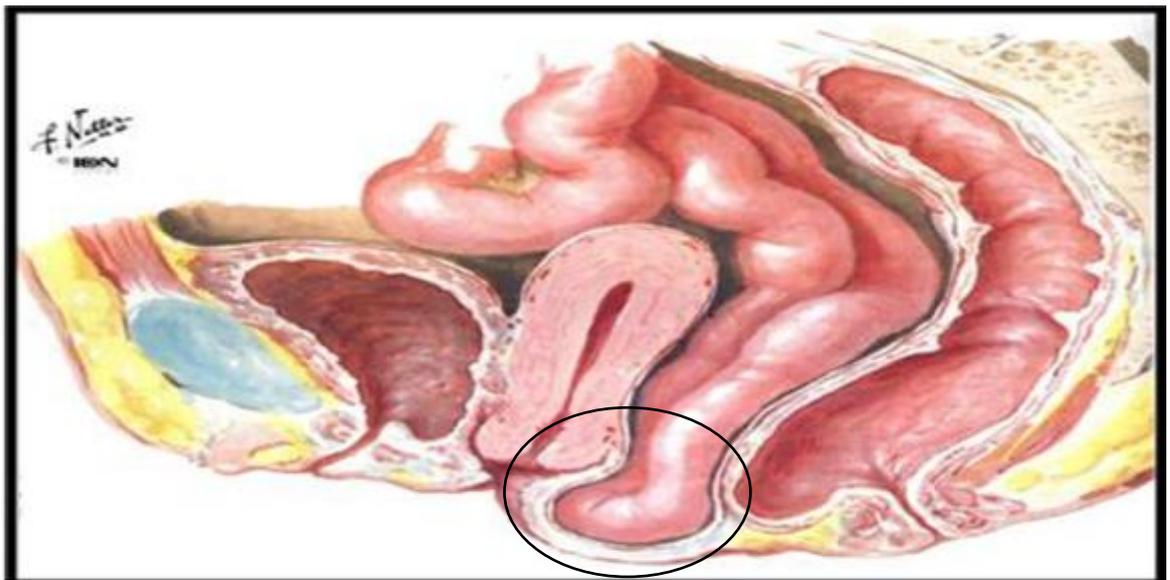
Figura 5. Uretrocele com cistocele moderada.



Fonte: SMITH, 2004.

Defeito da parede vaginal posterior (enterocele e retocele). Herniação intestino delgado provocada por um defeito na fáscia da pelve, que coloca o peritônio em contato direto com a mucosa vaginal, é chamada de enterocele (figura 6). (RODRIGUES, 2001; MORENO, 2009; MASCARENHAS, 2011).

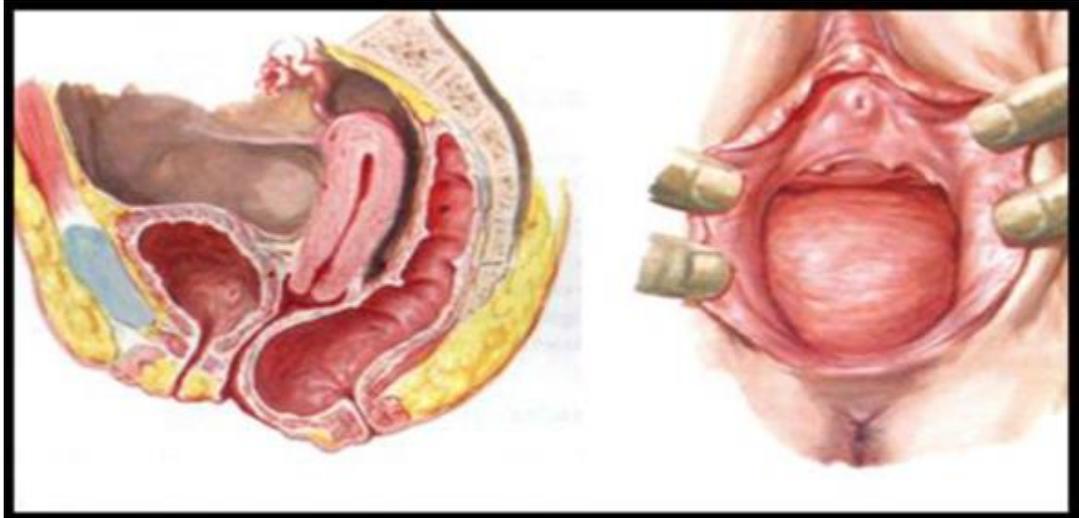
Figura 6. Enterocele com retocele e prolapso uterino.



Fonte: SMITH, 2004.

A retocele (figura 7) é o resultado de um defeito na parede vaginal posterior devido à ruptura do septo retovaginal. Desenvolve-se devido à incapacidade da fásia retovaginal lesionada de manter o reto em sua posição normal durante um esforço (RODRIGUES, 2001; MORENO, 2009; MASCARENHAS, 2011).

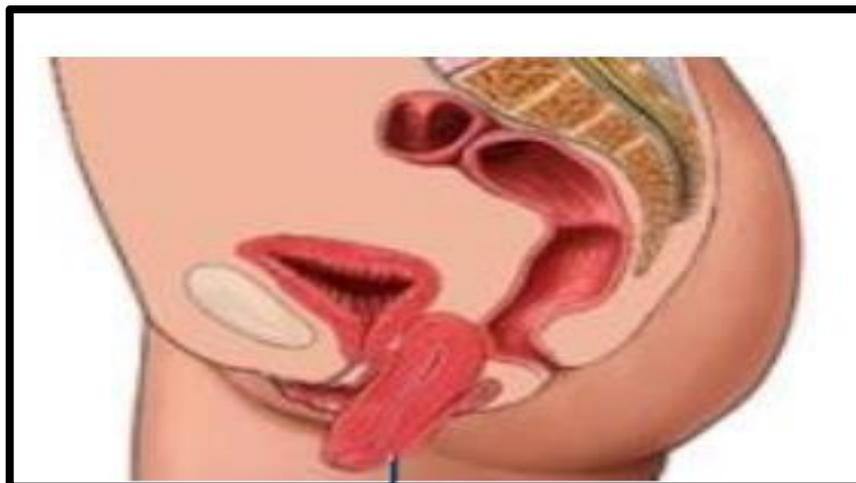
Figura 7. Grande retocele.



Fonte: SMITH, 2004.

Histerocele ou prolapso uterino (figura 8), pode ser definido com a queda do útero, ocorre quando há o deslocamento do útero e começa a descer pelo canal vaginal (MORENO *et al.*,2021)

Figura 8. Prolapso uterino

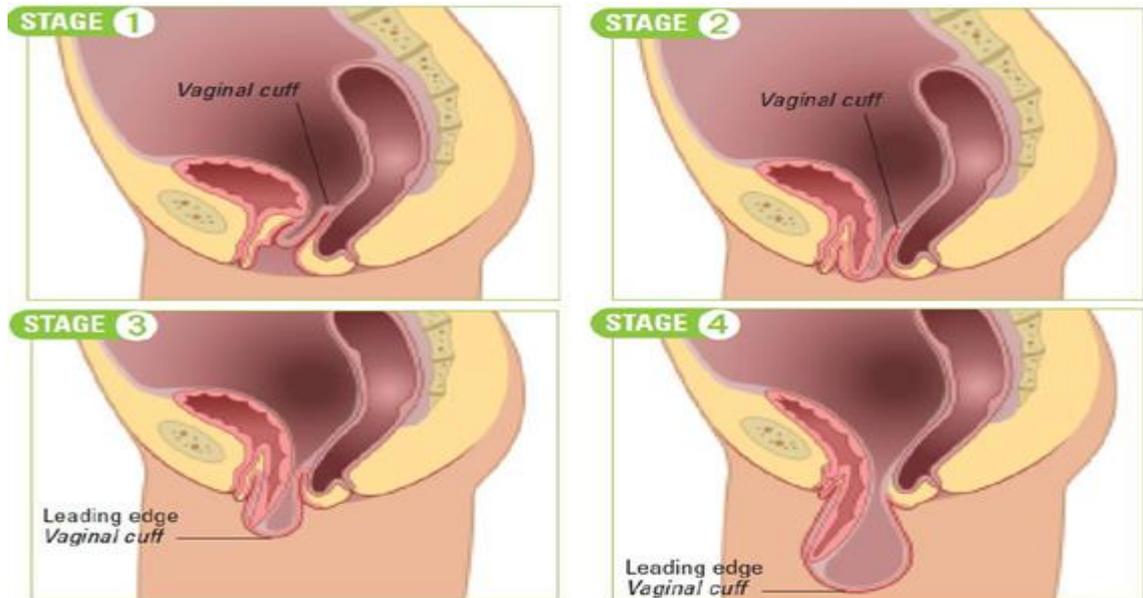


Fonte: CANDOSO, 2010.

Defeito da parede apical da vagina (cúpula vaginal) (figura 8). A cúpula vaginal é a ruptura da ligação do complexo ligamentar cardinal uterossacro na altura do anel

pericervical, sendo mais comum seu desenvolvimento após histerectomia (RODRIGUES, 2001; MORENO, 2009; MASCARENHAS, 2011).

Figura 9. Estágios do prolapso de cúpula vaginal.



Fonte: SANTOS, 2013.

Segundo Santos (2013), de acordo com sua severidade, o prolapso genital recebe uma classificação, por meio do sistema POP-Q adotado desde 1996 pela ICS (tabela 1).

Tabela 1. Classificação do sistema POP-Q:

| Estágio | Nível de descida |
|---------|---|
| 0 | Ausência de prolapso |
| I | Ponto de maior está localizado até 1 cm cranialmente ao hímen (-1 cm) |
| II | O ponto de maior prolapso está localizado entre -1 cm e +1 cm (entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen) |
| III | O ponto de maior prolapso está a mais de 1 cm exteriormente ao hímen, entretanto sem ocorrer eversão total. |
| IV | Eversão total do órgão prolapsado (prolapso de cúpula vaginal) |

Fonte: SANTOS, 2013

A necessidade de padronização entre os profissionais da área levou à formação de uma equipe de pesquisadores internacionais para a criação do Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) em 1993. A Sociedade Internacional de Continência (ICS), a Sociedade Americana de Uroginecologia (AUGS) e a Sociedade de Cirurgiões Ginecológicos (SGS) após várias pequenas revisões, a classificação Bump foi então publicada em 1996 (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA, 2011; MASCARENHAS, 2011).

Em 1999, a Sociedade Internacional de Continência (ICS) sugeriu uma nova classificação objetivando igualar um formato mais reprodutível e efetivo dos prolapso genitais. O prolapso pela ICS abrange um acervo de medidas e pontos exatos de suporte dos órgãos pélvicos feminino. O prolapso de cada segmento é graduado pela sua posição em relação ao hímen, sendo um ponto anatômico fácil de identificar. A partir deste ponto, as localizações são descritas por seis pontos precisos e as medidas expressas em centímetros (MASCARENHAS, 2011).

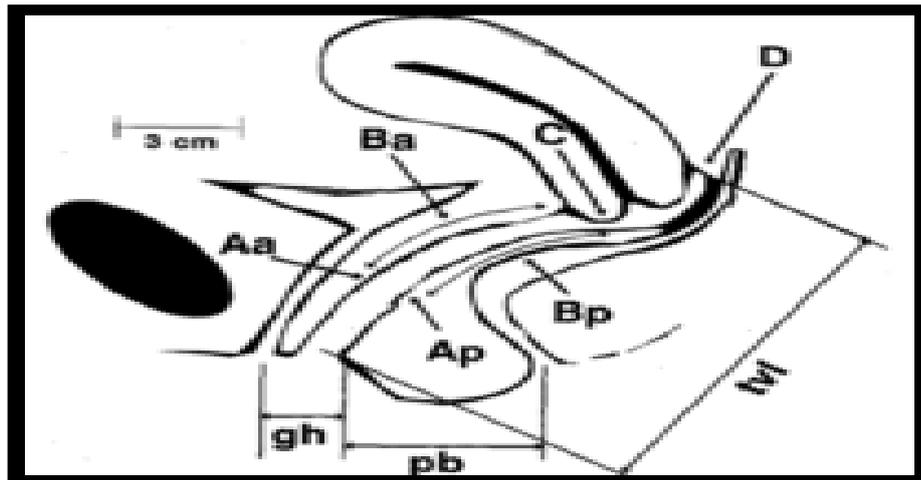
De acordo com esse sistema, o prolapso é definido em centímetros acima (número negativo), abaixo de hímen (número positivo), ou ao nível do hímen (zero). Os seis pontos foram inicialmente determinados com referência ao plano himenal, dois na parede anterior da vagina, dois na parte vaginal superior e dois na parede vaginal posterior. Ademais, são mensurados o comprimento da vagina total, o hiato genital, e o corpo perineal (MASCARENHAS, 2011; HOST; SILVA, 2016).

Garcia (2015), explana sobre como os pontos anatômicos (figura 10) são definidos:

Os pontos são definidos como: **Aa** – Ponto fixo na linha media, da parede vaginal anterior, 3 cm proximal ao meato uretral, em relação ao hímen em prolapso máximo é medida sendo, -3 nas pacientes com suporte perfeito e +3 quando completamente prolapsado. **Ba** – Ponto flutuante, está entre Aa e C, que apresenta menor prolapso para a tensão máxima. No caso de o suporte pélvico não estar danificado, Ba é igual a Aa. Quando existe prolapso completo, Ba é igual a C. **Ap** – Ponto fixo na linha media da parede vaginal posterior, a 3 cm do hímen. Sua relação com o hímen, durante a manobra de valsalva, é medida sendo, -3 na ausência do prolapso e +3 para o prolapso completo. **Bp** – Ponto flutuante identificado do mesmo modo que o ponto Ba mas relativamente a parede posterior, pelo que se localiza entre Ap e C. **C** – Extremidade, do colo do útero ou da cúpula vaginal mais suspensa em

pacientes com prolapso pós histerectomia. **D** – Refere-se ao fundo do saco posterior, em pacientes que ainda tem o colo do útero. **TVL** – Comprimento vaginal total. **GH** – Distância entre a linha media posterior do hímen e o meio do meato uretral. **PB** – Distância entre a linha media posterior do hímen e a abertura anal (GARCIA, 2015).

Figura 10. Medições usadas no sistema POP-Q.

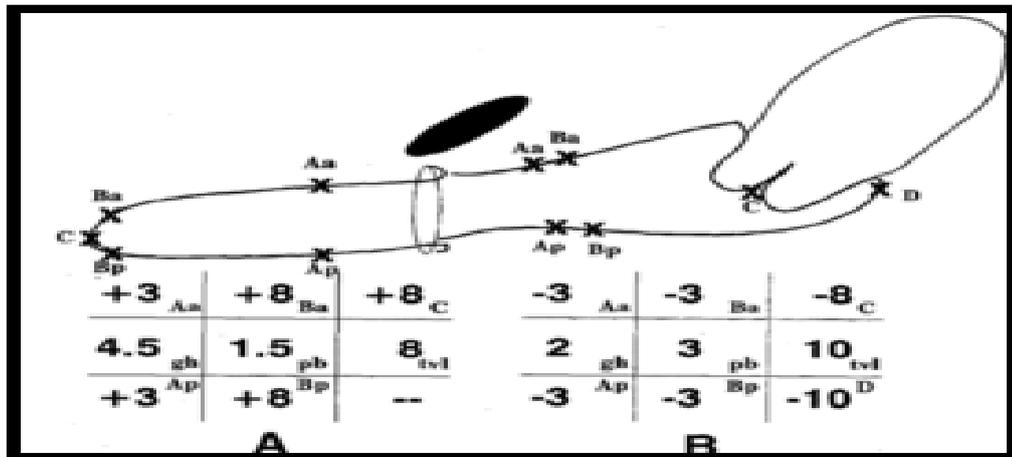


Fonte: SANTOS, 2013.

Princípios definidos: o examinador precisa detectar o ponto de maior distopia pedindo a validação da paciente, com esforço abdominal (Valsalva), até mesmo em pé ou por meio de tração do ponto máximo de prolapso. Ponto fixo: o hímen torna-se ponto de referência, onde o prolapso é medido em centímetros. Negativo (-1,-2,-3 cm) se estiver acima do hímen, positivo (+1,+2,+3 cm) se estiver abaixo. (RODRIGUES, 2001; MORENO, 2009; MASCARENHAS, 2011; HOST; SILVA, 2016).

A Figura 11 elucidada na imagem A: Esquema de eversão completa da vagina (estagio IV) e em B: Suporte pélvico normal (estagio 0). Em A: Esquema de eversão completa da vagina (estagio IV) os pontos C, Ba e Bp estão na mesma posição +8 e os pontos Aa, Ap estão em máxima posição distal. Já em B: Suporte pélvico normal (estagio 0). Os pontos Aa e Ba e os pontos Ap e Bp estão na mesma posição -3. O ponto mais baixo do colo está a 8 cm acima do hímen -8 e o ponto D está a 10 cm acima do hímen -10. O TVL é de 10 cm e o GH e o PB medem 2 e 3 respectivamente. (PRIMO; CORRÊA; BRASILEIRO, 2017).

Figura 11. A: Esquema de eversão completa da vagina (estágio IV), B: Suporte pélvico normal (estágio 0).



Fonte: PRIMO; CORRÊA; BRASILEIRO, 2017.

O tratamento do PG pode ser conservador ou cirúrgico, levando em consideração seu grau. A intervenção fisioterapêutica é indispensável mesmo no tratamento cirúrgico. O tratamento conservador consiste no fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, bem como, sua prevenção (GARCIA, 2015)

3.3. PREVENÇÃO

A prevenção tem como visão realizar exercícios que fortaleçam a musculatura pélvica, mantém a tonicidade muscular, aprimore a capacidade de recrutamento da musculatura, aperfeiçoe a transmissão da pressão uretral e a coordenação reflexa durante o esforço, fortalecendo assim o mecanismo de continência e a coordenação reflexa durante o esforço (KNORST et al., 2012; PEREIRA; MEJIA, 2017).

A reeducação pélvica perineal, contração contra a resistência do intróito vaginal, exercícios de relaxamento; exercícios de Kegel e outros são algumas das técnicas fisioterapêuticas que podem ser utilizadas preventivamente (KNORST et al., 2012). O fortalecimento dos músculos é importante não apenas no manejo do prolapso, mas sim durante toda a vida, uma vez que os mesmos atuam como uma rede para sustentar o útero, a bexiga, intestinos e outros órgãos do arcabouço pélvico (PEREIRA; MEJIA, 2017).

3.4. TRATAMENTO CIRÚRGICO

O tratamento cirúrgico é recomendado para mulheres sintomáticas que não querem ou cujo tratamento conservador não obteve sucesso. Existem diversos tipos e técnicas para correção, construtivos ou obliterativos, com ou sem uso de tela sintéticas e métodos abdominais, vaginais e laparoscópicas, cabe ao cirurgião ginecologista escolher a melhor técnica para seu paciente (ZAURISIO *et al.*, 2017).

A correção cirúrgica visa restauração da anatomia, alívio dos sintomas e a correção de alterações funcionais dos órgãos. Em mulheres em idade reprodutiva que desejam engravidar, recomenda-se cirurgias conservadoras, para preservação do útero. Nas demais, preconizam-se as cirurgias radicais (MASCARENHAS, 2011; ZAURISIO *et al.*, 2017).

A cirurgia pode haver uma taxa de reincidência de até 34,6%. Tendo como fatores que elevam as chances de reincidir são: grau do prolapso, aumento da pressão intra-abdominal, atrofia genital (condição hormonal) e fatores constitucionais (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA, 2011; BRITO; CASTRO; JULIATO, 2019).

Sendo mais frequente, o defeito da parede anterior (uretra e bexiga), pode ser abordado cirurgicamente pelo uso de tela, tendo como objetivo reduzir a recidiva de cirurgia (BRITO; CASTRO; JULIATO, 2019).

A abordagem cirúrgica dos prolapso de parede anterior e posterior e correção apical normalmente pode ser feita por via vaginal. A histerectomia pode ser feita dependendo do grau do prolapso, da satisfação reprodutiva da paciente e das circunstâncias de morbidade (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA, 2011).

O acompanhamento pós-cirúrgico é realizado por meio de avaliações subjetivas, relatos da paciente, avaliações realizadas pelo médico através do POP-Q e avaliações regulares, após 6 semanas, 3 e 6 meses, 1 e 2 anos (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA, 2011).

O tratamento do prolapso pode mudar de acordo com seu grau. A fisioterapia pode atuar durante o tratamento conservador e também durante pré-operatório 3 meses antes da cirurgia e 6 meses após, promovendo numerosos benefícios para as portadoras de prolapso, bem como diminuindo a morbidade causada pela mesma (SILVA FILHO, 2013; GARCIA, 2015).

3.5. TRATAMENTO CONSERVADOR

O tratamento conservador procura na sua abordagem impedir o avanço do prolapso, ajudar no alívio da sintomatologia e adiar a necessidade de cirurgia. É normalmente considerado para mulheres nos primeiros graus de prolapso, para aquelas que queiram ter filhos, debilitadas ou que não tenham pretensão de submeter-se a cirurgia (MASCARENHAS, 2011; GARCIA, 2015).

A função dos músculos do assoalho pélvico pode ser definida como a habilidade de realizar contrações normais ou fortes e a presença de contração involuntária, realizando um “fechamento circular da vagina, uretra e ânus”. Na prática, de 30 a 50% das mulheres não conseguem contrair seus músculos perineais quando lhes é pedido, cabendo assim, ao profissional da fisioterapia desenvolver na paciente a propriocepção dessa região (CÂNDIDO *et al.*, 2012; GARCIA, 2015; ZAURISIO *et al.*, 2017).

Sendo recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a intervenção fisioterapêutica nos primeiros graus de prolapso está um documento de 1999. A fisioterapia recorre a exercícios musculares de reabilitação do pavimento pélvico, sendo utilizados em conjunto com cones vaginais, eletroestimulação elétrica e *biofeedback*, possibilitando a atraso da degradação da parede vaginal e ajuda na melhora dos sintomas (MASCARENHAS, 2011; KNORST *et al.*, 2012; GARCIA, 2015; PEREIRA; MEJIA, 2017; ZAURISIO *et al.*, 2017).

3.5.1. Atuação da Fisioterapia no Tratamento do Prolapso Genital

Nos estudos analisados foram encontrados como recursos de tratamento conservador para o PG a cinesioterapia, Biofeedback, estimulação elétrica, cones vaginais, pessários e treinamento da musculatura do assoalho pélvico. Os resultados adquiridos com os tratamentos abordados encontram-se a seguir:

Tabela 2. Artigos da Fisioterapia no prolapso genital:

| Autor/ano | Objetivos | Método | Descrição | Tratamento | Resultado | Conclusão |
|---------------------------|--|---------------------------------|---|---|---|---|
| Moreno et al., 2021 | Analisar a cinesioterapia como alternativa para o tratamento fisioterapêutico dos prolapso de órgãos pélvicos em mulheres. | Estudo de revisão bibliográfica | Diminuição na força da musculatura do assoalho pélvico provocando queda da parede vaginal anterior, posterior ou da cúpula vaginal. | Cinesioterapia | Alívio dos sinais e sintomas, devolvendo a sustentação dos órgãos pélvicos, bem como segurança na execução das atividades de vida diária. | A cinesioterapia se mostrou bastante satisfatório no fortalecimento da musculatura por meio de exercícios de conscientização corporal e contrações isoladas. |
| Gomes; Silva; Silva, 2022 | Analisar a importância do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na prevenção do prolapso genital. | Estudo de revisão bibliográfica | Enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico. | Biofeedback, eletroestimulação, cones vaginais e exercícios de cinesioterapia. | Fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico. | OS recursos disponibilizados pela fisioterapia têm se mostrado bastante eficaz, trazendo até mesmo benefícios no campo psicológico, influenciando na qualidade de vida da paciente. |
| Pereira; Sena, 2021 | Apresentar os Benefícios do tratamento conservador e da intervenção fisioterapêutica no prolapso dos órgãos pélvicos. | Estudo de revisão bibliográfica | Enfraquecimento da musculatura pélvica. | Pessários vaginais, cinesioterapia, estimulação, Biofeedback, cones vaginais, e treinamento da musculatura do assoalho pélvico. | Alívio dos sintomas, aumento de força, melhor recrutamento das miofibrilas. | Os resultados analisados mostram efetividade do tratamento conservador, havendo assim, melhora na qualidade de vida da paciente. |

| | | | | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------|--|--|--|---|
| Farias; Mariano; Silva, 2022 | Analisar através da comprovação da eficácia da cinesioterapia no tratamento do prolapso de órgãos pélvicos em mulheres | Estudo de revisão bibliográfica | Fraqueza ou déficits nos ligamentos, fâscias e músculos do assoalho pélvico. | Estimulação elétrica, biofeedback, cones vaginais, cinesioterapia baseada nos exercícios de Kegel. | Alívio dos sinais e sintomas, devolvendo há sustentação dos órgãos. | Através do tratamento conservador há diminuição de procedimentos cirúrgicos, promove inúmeros benefícios e reduz a taxa de morbidade. |
| Garcia, 2015 | Descrever o tratamento fisioterapêutico associado ao uso de pessário em pacientes com prolapso dos órgãos pélvicos. | Estudo de revisão bibliográfica | Enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico. | Cinesioterapia, estimulação elétrica, biofeedback, cones vaginais e pessários. | Alívio dos sintomas, melhora da qualidade de vida fortalecimento muscular. | O tratamento fisioterapêutico possibilita alívio dos sintomas de forma imediata e evita risco de procedimento cirúrgico. |

FONTE: próprio autor (2022).

Com base nos trabalhos utilizados, todos seus resultados estão voltados para a abordagem fisioterapêutica no prolapso genital durante o tratamento conservador, ressaltando os recursos que podem ser utilizados. E teve como objetivo dissertar sobre a atuação da fisioterapia, seus métodos e aplicações no PG.

Segundo Garcia (2015), a cinesioterapia tem como objetivo reestabelecer as funções dos músculos pélvicos. Sendo proposto por Arnold Kegel, em 1948, estes exercícios se fundamentam no enfraquecimento muscular do assoalho pélvico, ocorrido pela perda da sustentação muscular (MORENO et al., 2021).

Os exercícios de Kegel consistem na contração muscular consciente realizada diariamente (PEREIRA; SENA, 2021). A orientação é de que, deve-se manter a contração por 3 segundos e relaxar pelo mesmo tempo, esse tempo vai aumentando a medida que a musculatura vai se fortalecendo. Biofeedback, cones vaginais e eletroestimulação, são recursos que podem ser empregados em conjunto. (FARIAS; MARIANO; SILVA, 2022).

O biofeedback é um dispositivo auxiliar, muito utilizado durante a reabilitação da musculatura pélvica (GOMES; SILVA; SILVA, 2022). Ele opera tanto na avaliação das funções muscular perineal, como na reabilitação assistindo essas pacientes ao longo das contrações voluntárias e transformando essas contrações em atividade elétrica (GOMES; SILVA; SILVA, 2022; PEREIRA; SENA, 2021).

A eletroestimulação tem como objetivo produzir estímulos elétricos e provocar a contração muscular do assoalho pélvico (GOMES; SILVA; SILVA, 2022). Essa técnica tem como finalidade desenvolver as funções das fibras por meio da contração passiva dos músculos levantadores do ânus (FARIAS; MARIANO; SILVA, 2022).

Garcia (2015), relata que os cones vaginais têm o mesmo tamanho e formato, mas que possuem pesos diferentes (20g, 32g, 45g, 57g e 70g). A paciente dá início ao tratamento com o maior peso que possa segurar e trocando conforme o tratamento vai avançando. Ao serem introduzidos na vagina, possibilitam percepção da região perineal, aumenta a força muscular e recruta as fibras musculares (FARIAS; MARIANO; SILVA, 2022).

De acordo com Pereira e Sena (2021), que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico evidência ter efeitos positivos nos sintomas do prolapso. Seis meses de tratamento fisioterapêutico se mostrou benéfico em termos de anatomia e melhora dos sintomas.

Os pessários são peças de silicone, havendo vários tipos e formatos. Recomendados quando a paciente pelo tratamento não cirúrgico ou quando há grande risco de mortalidade. Atua sustentando o prolapso, possibilitando alívio dos sintomas. Seu objetivo é sustentar as estruturas pélvicas, diminuir os sintomas e adiar o procedimento cirúrgico (GARCIA, 2015).

Perante dos resultados apresentados, foi evidenciado a importância da fisioterapia no processo de recuperação, retorno da segurança na realização das atividades de vida diária, bem como, evitar procedimentos cirúrgicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O assoalho pélvico é todo o conjunto de músculos, nervos, ligamentos e tecido conjuntivo que dão estabilidade e sustentação dos órgãos pélvicos e Cóccix. O prolapso genital é caracterizado pelo deslocamento dos órgãos pélvicos para o interior da vagina, sendo causado pelo enfraquecimento dos músculos que mantêm os órgãos dentro da pelve na posição correta. Há alguns fatores que contribuem para o surgimento de disfunções do assoalho pélvico, bem como obesidade, envelhecimento, parto vaginais e etc.

A fisioterapia pode trabalhar de forma preventiva, aprimorando a força da musculatura pélvica, mantendo a tonicidade muscular. Exercícios de Kegel e pessários são algumas das técnicas utilizadas para prevenção.

O tratamento fisioterapêutico se mostra eficaz utilizando de técnicas e recursos objetivando a correta contração muscular, como consequência, fortalecimento muscular. Entre as técnicas utilizadas estão a cinesioterapia baseada nos exercícios de Kegel, eletroestimulação, cones vaginais e pessários. Alívio dos sinais e sintomas são alguns dos benefícios que a fisioterapia trás, bem como, o retorno da sustentação dos órgãos e segurança na realização das atividades diárias.

Conclui-se que, foi possível observar a escassez de estudos de caso em relação ao tratamento conservador. Desta forma, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas relacionada ao tema, visto que são de grande importância para o desenvolvimento científico.

REFERÊNCIAS

ARAUJO J. E. L. SANTOS S. S.; POSTOL M. K. Abordagem fisioterapêutica na reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso genital. V. 21, n. 4. 2020. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/1462/html>. Acesso em: 20 de out. de 2022.

BARROS, C. R., BONASSI M. R., CAMARGO, A. C. M. DE, & GOLLOP, T. R. Tratamento conservador de prolapso de órgão pélvico com pessário: revisão de literatura. *Revista De Medicina*, v.97, n.2, p. 154-159. 2018. disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/142231>. Acessado em: 22 de out. de 2022;

BEZERRA, Karine de Castro. Elaboração e validação de vídeo educativo para adesão de mulheres com prolapso de órgãos pélvicos ao uso de pessário vaginal. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/15635>. Acesso em: 22 de out. de 2022;

BRITO, L. G. O.; CASTRO, E. B. D.; e JULIATO, C. R. T. Prolapso dos órgãos pélvicos. *Femina*, v. 47, n.1, p. 42-5. 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046488/femina-2019-471-42-45.pdf>. Acesso em: 25 de ago. de 2022.

CÂNDIDO, E. B.; GIAROLLA, L.; FONSECA, A. M. R. M. D.; MONTEIRO, M. V. D. C.; CARVALHO, T. S.; FILHO, A. L. D. S. Conduta nos prolapso genitais. *Femina*, v. 40, n. 2. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n2/a3098.pdf>. Acesso em: 23 de mar. de 2019.

CANDOSO, Bercina. **Prolapso dos Órgãos Pélvicos**. 2010. Disponível em: https://www.apnug.pt/docs/docs/prolapso_dos_orgaos_pelvicos.pdf. Acesso em: 29 de nov. de 2022.

COELHO, Suelene Costa de Albuquerque. **USO DE PESSÁRIOS PARA TRATAMENTO DO PROLAPSO GENITAL** = Pessaries use for the treatment genital prolapse. 2016. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312544/1/Coelho_SueleneCostadeAlbuquerque_M.pdf. Acessado em: 05 de mar. de 2019.

COLICIGNO, P. R. C.; ARAÚJO, A. B.; MORAES, C. A. SACHETTI, J. C. L. ATLAS FOTOGRÁFICO DE ANATOMIA – São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.

FARIAS, A. X.; MARIANO, K. S.; SILVA, K. C. C. The effectiveness of kinesiotherapy in pelvic organ prolapse in women. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 13, p. e486111335695, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/35695>. Acesso em: 22 de out. de 2022.

FROTA, Isabella Parente Ribeiro. Função do assoalho pélvico e qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa com e sem disfunção do assoalho pélvico. 2016. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15464/1/2016_dis_iprfrota.pdf. acesso em: 20 de ago. de 2022.

GARCIA, Cingrid Raiane. Tratamento Fisioterapêutico Associado Ao Uso De Pessário Em Pacientes Com Prolapso De Órgãos Pélvicos. 2015. Disponível em: <https://repositorio.faema.edu.br/handle/123456789/124>. Acesso em: 23 de set. de 2018.

GONÇALVES, Mariana dos Reis Barreto Lopes. Estudo Biomecânico Do Prolapso Genital. 2012. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/68108/1/000154271.pdf>. Acesso em: 13 de ago. de 2018.

GOMES, T. S. A.; SILVA, T. A.; SILVA, K. C. C. Aplicação Da Fisioterapia E Seus Efeitos No Prolapso Genital. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 6, e17911628875, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28875>. Acesso em: 23 de out. de 2022.

HORST, Wagner; SILVA, Jean Carl. Prolapsos De Órgãos Pélvicos: Revisando A Literatura. **Arq. Catarin Med**. v. 45, n. 2, p. 91-101, abr-jun 2016; Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/79>. Acesso em: 23 de mar. de 2019.

LIMA, M. I. M.; LODI, C. T. C.; LUCENA, A. A.; GUIMARÃES, M. V. M. B.; MEIRA, H. R. C.; LIMA, L. M.; LIMA, S. A. PROLAPSO GENITAL. **Femina**, v. 40, n. 2, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-652209>. Acesso em: 23 de mar. de 2019.

KNORST, Mara R. et al. Intervenção Fisioterapêutica em Mulheres Com Incontinência Urinária Associada ao Prolapso de Órgão Pélvico. **Rev Bras Fisioter**, v. 16, n. 2, p. 102-7, 2012. disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/wNrY49q5Ws64tNvqD9CpT5P/?format=html>. Acesso em: 05 de abr. de 2019.

LOPES, Gonçalves Mariana dos Reis Barreto. Estudo biomecânico do prolapso genital. 2012. Disponível em: <https://repositorio->

aberto.up.pt/bitstream/10216/68108/1/000154271.pdf. Acesso em: 20 de ago. de 2022.

MASCARENHAS, Teresa. Disfunções do pavimento pélvico: Incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos. **Manual de Ginecologia**, v. 2, p. 97-130, 2011. disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_30.pdf. Acesso em: 05 de abr. de 2019.

MONTELLATO, Nelson; BARACAT, Fabio; ARAP, Sami. UROGINECOLOGIA. São Paulo: Roca, 2000.

MORENO, Adriana L. FISIOTERAPIA EM UROGINECOLOGIA. – 2. Ed. rev. E ampl. – Barueri, SP: Manole, 2009.

MORENO, L. M.; VILLA, L. S. C.; MELLUZZI, M. D.; CARVALHO, F. P.; VIANA, L. G.; PARRELA, J. P. S. S.; SOUZA, J. S.; RODRIGUES, T. C. Eficácia Da Cinesioterapia No Tratamento De Prolapso De Órgãos Pélvicos Em Mulheres. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 10225-10242 jan. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/23839>. Acesso em: 07 de set. de 2022.

PEREIRA, A. G. P.; MEJIA, D. P. M. **O PAPEL DA FISIOTERAPIA NO PROLAPSO UTERINO**, 2017. Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/97/320-O_Papel_da_Fisioterapia_no_Prolapso_Uterino.pdf. Acesso em: 23 de ago. de 2022

PEREIRA, M. R., & SENA, N. S. Os benefícios do tratamento conservador e intervenção fisioterapêutica no prolapso de órgãos pélvicos (POP). *Semana online científica de saúde*. 2021. Disponível em: Chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://cdn.congresse.me/e6yqe55lojydobbt6y3l2dvothbt. Acesso em: 22 de out. de 2022.

POLCHEIRA, P. A.; SOUZA, J. S.; POLCHEIRA, C. F. Distopia Genital. In: Walquíria Q. S. P. Primo; Frederico J. S. Corrêa. (Org.). *Manual de Ginecologia da SGOB*. 1 ed. Brasília: Livre Expressão, 2011, v. 1, p. 227-235. Disponível em: <www.pelvi.com.br/pdf/Distopia%20Genital.pdf>. Acesso em: 05 de abr. de 2019.

PRIMO, W. Q. S. P.; CORRÊA, F. J. S.; BRASILEIRO, J. P. B. *Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília*. **Brasília: Luan Comunicação**, 2017. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4543092/mod_page/intro/ManualSGOBdigitaI2017.pdf. Acesso em 27 de nov. de 2022.

RODRIGUES, A. M., OLIVEIRA, L. M. D., MARTINS, K. D. F., ROY, C. A. D., SARTORI, M. G. F., GIRÃO, M. J. B. C., & CASTRO, R. D. A. Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira. **Rev Bras Ginecol Obstet**. V. 31, n. 1, p. 17-21, 2009; disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/gkC8rNV49ZycfPk95H3XTsw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 de abr. de 2019.

SANTOS, Eraldo Bispo. COMPLICAÇÕES DO REPARO CIRÚRGICO DE PACIENTES COM PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL – Revisão da Literatura. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/14214/1/Eraldo%20Bispo%20dos%20Santos.pdf>. Acesso em: 19 de mar. de 2019.

SILVA FILHO, A. L. et al. Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária. **Fisioter Pesq**, Minas Gerais, BH, v. 20, n. 1, p. 90-96, ago 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/ZtFGZbGztD3NMzwffTLhwbt/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 20 de mai. de 2019.

SMITH, R. P. **Ginecologia e Obstetrícia de Netter**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
STEIN, S. R. et al. Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde de rede pública. **Revista de ciencias medicas**, v.27, n. 2, p.65-72, 2019. disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/4242>. Acesso em: 05 de abr. de 2019.

SOBOTTA, J. et al. **Sobotta atlas de anatomia humana: órgãos internos**. 23 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ZAURISIO, Angélica Santana; BARCELOS, Leticia de Souza; MARTINS, Sharon Sthephane Araújo; JUNIOR, Paulo Roberto Buzo. Tratamento Fisioterapêutico Nas Disfunções Do Assoalho Pélvico. **Rev. Conexão Eletrônica** – Três Lagoas, MS – V. 14, n. 1, 2017. disponível em: <http://revistaconexao.aems.edu.br/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=1574>. Acesso em: 30 de mar. de 2019

RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Ana Clara Moreira Gomes

CURSO: Fisioterapia

DATA DE ANÁLISE: 27.10.2022

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: **8,96%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet 

Suspeitas confirmadas: **8,23%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados 

Texto analisado: **87,04%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

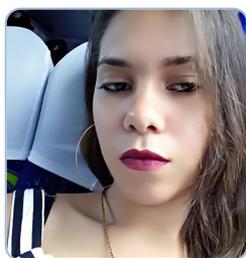
Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.8.5
quinta-feira, 27 de outubro de 2022 12:38

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **ANA CLARA MOREIRA GOMES**, n. de matrícula **17818**, do curso de Fisioterapia, foi aprovado na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 8,96%. Devendo a aluna fazer as correções necessárias.

(assinado eletronicamente)
HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO
Bibliotecária CRB 1114/11
Biblioteca Central Júlio Bordignon
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA



Ana Clara Moreira Gomes

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7639808195798376>

ID Lattes: **7639808195798376**

Última atualização do currículo em 01/12/2022

Possui ensino-medio-segundo-graupela PROF^a Elvandas Maria de Siqueira(2014). **(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)**

Identificação

Nome

Ana Clara Moreira Gomes

Nome em citações bibliográficas

GOMES, A. C. M.

Lattes iD

<http://lattes.cnpq.br/7639808195798376>

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2015

Graduação em andamento em Fisioterapia.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.

2011 - 2014

Ensino Médio (2º grau).
PROF^a Elvandas Maria de Siqueira, EEEFM, Brasil.

Formação Complementar

Atuação Profissional

Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.

Vínculo institucional

2019 - 2019

Vínculo: , Enquadramento Funcional:

Projetos de extensão

2019 - 2019

A ARTE DE CUIDAR

Descrição: Orientações a fim de proporcionar aos cuidadores, orientações quanto ao manejo adequado dos pacientes cadeirantes e acamados, demonstrando métodos e técnicas para facilitar a troca de decúbito e a transferências de ambientes de forma segura e eficaz..

Situação: Concluído; Natureza: Extensão.

Alunos envolvidos: Graduação: (22) / Especialização: (3) .

2018 - 2018

Integrantes: Ana Clara Moreira Gomes - Coordenador / Patrícia Caroline Santana - Integrante / Jéssica Castro dos Santos - Integrante / Luiz Fernando Schneider - Integrante.
CUIDADOS COM QUEM CUIDA

Descrição: Projeto realizado Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). foi realizado orientações de cuidados paliativos..

Situação: Concluído; Natureza: Extensão.

Alunos envolvidos: Graduação: (24) / Especialização: (1) .

Integrantes: Ana Clara Moreira Gomes - Coordenador / Patrícia Caroline Santana -

2018 - 2018

Integrante.

EducaFisio

Descrição: Conscientização a fim de proporcionar aos alunos e trabalhadores uma intervenção e orientação quanto a manutenção de um boa postura, e a prática regular e eficaz de exercícios físicos..

Situação: Concluído; Natureza: Extensão.

Alunos envolvidos: Graduação: (22) / Especialização: (3) .

2018 - 2018

Integrantes: Ana Clara Moreira Gomes - Coordenador / Jéssica Castro dos Santos -

Integrante / Luiz Fernando Schneider - Integrante / Crístielle Jone - Integrante.

Respira Fisio

Descrição: Orientações sobre doenças respiratórias e prevenção na comunidade de Ariqueemes - RO. As doenças abordadas foram Pneumonia, Enfisema Pulmonar e Tuberculose..

Situação: Concluído; Natureza: Extensão.

Alunos envolvidos: Graduação: (22) / Especialização: (3) .

Integrantes: Ana Clara Moreira Gomes - Coordenador / Jéssica Castro dos Santos -

Integrante / Luiz Fernando Schneider - Integrante / Crístielle Jone - Integrante.

Idiomas

Português

Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Razoavelmente.

Espanhol

Compreende Razoavelmente, Fala Pouco, Lê Pouco, Escreve Pouco.

Produções

Produção bibliográfica

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. I ECAF - ENCONTRO CIENTÍFICO DOS ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA. 2015. (Encontro).

Organização de eventos, congressos, exposições e feiras

1. **GOMES, A. C. M.**. II ALEITAFISIO. 2018. (Outro).
2. **GOMES, A. C. M.**. II ECAF - ENCONTRO CIENTIFICO DOS ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA. 2017. (Exposição).

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 05/12/2022 às 18:33:09

Imprimir currículo