

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA PÉLVICA NOS PROLAPSOS DE ÓRGÃOS PÉLVICOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Performance of pelvic physiotherapy in pelvic organ prolapses: a systematic review

Autores:

* Larissa Santa Brígida Miranda, **Gyselle Thatiane Leão dos Santos, ***Cibele Nazaré Câmara Rodrigues, ****Carla Iasmin Lima Lemos

* - Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará

*** - Docente da Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará

**** - Discente da Pós graduação da Faculdade Federal de São Paulo

Correspondência – Cibele Nazaré Câmara Rodrigues, Rua Augusto Corrêa, 01 Portão 4 - Cidade Universitária José Silveira Neto, Setor Saúde - Guamá, Belém - PA, 66075-110, Contato (91) 3201-8892.

Larissa Santa Brígida Miranda: larissasantabm@gmail.com

Gyselle Thatiane Leão dos Santos: gysellethatine@gmail.com

Carla Iasmin Lima Lemos: carla.lemos@unifesp.br

Cibele Nazaré Câmara Rodrigues: cibelecamara@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) é definido pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior assim como do ápice da vagina ou da cúpula vaginal após histerectomia. Os músculos do assoalho pélvico possuem papel na relação impeditiva de descida de órgãos pélvicos. Alterações dos tecidos acarreta aumento de tensão no sistema de suporte das paredes vaginais contribuindo significativamente para descida dos órgãos pélvicos. Portanto, a necessidade de estudos que possam edificar a influência benéfica do tratamento conservador no prolapso de órgãos pélvicos. *Objetivo:* verificar a influência da fisioterapia pélvica no prolapso de órgãos pélvicos *Métodos:* Trata-se de uma revisão sistemática de ensaio clínico controlado randomizado. As buscas foram realizadas nas bases de dados PubMed, SciELO, PEDro e MEDLINE. Foram incluídos ensaios clínicos publicados entre os anos de 2011 a 2020, na línguas inglesa, espanhola e português, sendo excluídos artigos de revisão, artigos que abordaram tratamento cirúrgico ou a fisioterapia como coadjuvante no tratamento cirúrgico, estudo em animais e artigos publicados em anais de evento. *Resultados:* Foram incluídos 11 artigos científicos conforme os critérios de elegibilidade. Os dados demonstraram que o tratamento conservador foi benéfico para o tratamento das necessidades clínicas apresentadas pelas pacientes. Contudo, mais pesquisas são necessárias com níveis maiores de evidência científica *Conclusão:* O tratamento conservador se mostrou eficiente principalmente no âmbito dos sintomas, proporcionando uma percepção de melhora de saúde e qualidade de vida das pacientes.

Palavras chave: Prolapso pélvico, Saúde da mulher, Fisioterapia.

Abstract

Introduction: Pelvic Organs Prolapse (POP) is defined by the International Continence Society (ICS) as descending the anterior and / or posterior vaginal wall as well as the apex of the vagina or the vaginal dome after hysterectomy. The pelvic floor muscles play a role in preventing pelvic organ descent. Tissue changes cause an increase in tension in the vaginal wall support system, contributing significantly to the descent of Organs pelvic organs. Therefore, the need for studies that can build the beneficial influence of conservative treatment on pelvic organ prolapse. *Objective:* to verify the influence of pelvic physiotherapy in the prolapse of pelvic organs *Methods:* This is a systematic review of a randomized controlled clinical trial. The searches were performed in the PubMed, SciELO, PEDro and MEDLINE databases. Clinical trials published between 2011 and 2020 in English, Spanish and Portuguese were included, review articles, articles that addressed surgical treatment or physiotherapy as an adjunct to surgical treatment, studies in animals and articles published in event. *Results:* 11 scientific articles were included according to the eligibility criteria. The data demonstrated that conservative treatment was beneficial for the treatment of clinical needs presented by patients. However, more research is needed with higher levels of scientific evidence. *Conclusion:* Conservative treatment has been shown to be efficient mainly in terms of symptoms, providing a perception of improved health and quality of life for patients.

Keywords: Pelvic prolapse, Women's health, Physiotherapy.

INTRODUÇÃO

A correlação da estrutura muscular e dos tecidos conjuntivos que compõem o compartimento de manutenção dos órgãos pélvicos coexistem de forma equilibrada para manter a localização funcional. Alterações dos tecidos acarreta aumento de tensão no sistema de suporte das paredes vaginais contribuindo significativamente para descida dos órgãos pélvicos. Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) é definido pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior assim como do ápice da vagina ou da cúpula vaginal após histerectomia. Os músculos do assoalho pélvico possuem papel na relação impeditiva de descida de órgãos pélvicos. Sabe-se que a contração muscular ineficiente afeta diretamente o fechamento funcional do introito vaginal e o grau de tensão nos ligamentos é relacionado com o nível de disfunção da musculatura (1, 2).

Os fatores que predisõem POP são envelhecimento, menopausa, obesidade, paridade, fatores genéticos e cirurgia de histerectomia prévia na população feminina. Assim sendo a prevalência é comumente associada a um desses fatores como a idade. A faixa etária está diretamente relacionada a um aumento da frequência dessa comorbidade, por exemplo, no estudo (4) entre a idade de 20 e 29 anos representam 6% de mulheres que sofrem de POP, enquanto as mulheres entre 50-59 anos respondem por 31% com POP e 50% das mulheres com POP têm 80 anos ou são mais velhas. A taxa de paridade é frequentemente indicada como fator de risco associado, assim como o tipo de parto e o peso médio ao nascer dos bebês (3, 4).

Para o diagnóstico utiliza-se o sistema de quantificação do prolapso de órgãos pélvicos, cuja sigla em inglês é POP-Q. Objetivo do instrumento é quantificar especificamente o local e descrever o prolapso de órgãos pélvicos na população do sexo feminino de forma reprodutível. Tem sido utilizado na Uroginecologia com intuito de padronizar o estadiamento evitando complicações a respeito da abordagem de tratamento. A classificação do POP-Q é Estádio 0: ausência de prolapso; Estádio I: o ponto de maior prolapso está até 1 cm para dentro do hímen; Estádio II: ponto de maior prolapso está entre -1 cm e + 1 cm do hímen; Estádio III: o ponto de maior prolapso está a mais de 1 cm para fora do hímen, mas sem eversão total; Estádio IV: eversão total (5, 6).

Os sintomas e a gravidade do quadro clínico de mulheres com prolapso podem variar no que se refere aos sintomas. Frequentemente, os sintomas estão relacionados com a localização anatômica do compartimento herniado e estadiamento, por exemplo, a descida do compartimento anterior provoca dificuldades urinárias, incontinência e quando ocorre no compartimento posterior causa dificuldades para evacuação e/ou constipação (7, 8).

O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, sendo a cirurgia o tratamento mais frequente. Existem atualmente diversas técnicas disponíveis, porém a colpexia abdominal sacral está associada a menores taxas de recidiva e dispareunia. Dentre os métodos de tratamento conservador temos o pessários e o treinamento dos músculos do assoalho pélvico. Os pessários tem como objetivo reposicionar e sustentar os órgãos pélvicos, tem demonstrado um efeito relevante no contexto de satisfação das pacientes possibilitando autonomia e praticidade na utilização (9). O treinamento dos músculos do assoalho pélvico tem por objetivo fortalecer a musculatura e reduzir as alterações funcionais proporcionando uma melhor qualidade de vida. Contudo, os estudos divergem sobre a eficácia dos efeitos positivos dos tratamentos conservadores (10). Portanto questiona-se: qual a efetividade e eficácia de intervenções fisioterapêuticas na redução de sintomatologias em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos? A resposta auxiliará na consolidação da escolha de profissionais da saúde na escolha do método mais adequado para melhores desfechos clínicos das pacientes. Logo, objetivo do estudo foi identificar na literatura evidências da efetividade e eficácia de intervenções fisioterapêuticas na redução de sintomatologias em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática de ensaio clínico controlado randomizado realizado para verificar a influência da fisioterapia pélvica no prolapso de órgãos pélvicos (POP). As buscas foram estruturadas e realizadas nas bases de dados PubMed, SciELO, PEDro e MEDLINE, entre os meses de julho a setembro de 2020.

Estratégia de busca

A estratégia de busca dos artigos originou-se através da pergunta de pesquisa, foi definida por meio da PICO, na qual identificamos um problema a ser pesquisado através de quatro componentes: P= população a ser pesquisada (mulheres com POP), I= Interesse da pesquisa (atuação da fisioterapia pélvica ou qualquer recurso e/ou técnicas da fisioterapia), C= comparação (placebo e/ou intervenções de técnicas ou recursos

associadas) e O= resultado esperado (a fisioterapia auxilia na redução de sintomas do POP). Através da pergunta foram identificados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) com operador booleano AND que foram utilizados para a busca: (pelvic prolapse AND physiotherapy).

Seleção dos estudos

A busca foi realizada por dois pesquisadores independentes, que elegeram os estudos relevantes com base no uso dos termos de busca utilizados foram: Prolapso pélvico, Saúde da mulher, Fisioterapia; bem como suas versões em inglês: *Pelvic prolapse, Women's health, Physiotherapy*. O processo de seleção de estudo, considerando os critérios de elegibilidade, envolveu a triagem por títulos, em seguida resumos e por último a leitura na íntegra dos artigos e aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Na discordância dos dois pesquisadores uma discussão sobre os materiais aplicados e relevância dos termos analisados no caso de persistência um terceiro pesquisador foi acionado sobre o parecer final.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos ensaios clínicos publicados entre os anos de 2011 a 2020, na línguas inglesa, espanhola e português, que tivessem como amostra mulheres com Prolapso de Órgão Pélvico, que tenha utilizado qualquer recurso de fisioterapia usado de forma isolada e/ou associada para o tratamento POP. Foram excluídos artigos de revisão, artigos que abordaram tratamento cirúrgico ou a fisioterapia como coadjuvante no tratamento cirúrgico, estudo em animais, dissertações, monografias, artigos duplicados e trabalhos publicados em anais de evento.

Análise dos estudos

Após a seleção dos artigos relevantes para a pesquisa e a leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa dos textos, os artigos foram separados em uma planilha de Excel, na qual os dados extraídos foram: autores, ano de publicação, descrição da amostra, descrição do grupo controle (placebo, nenhuma intervenção ou outra intervenção), método de tratamento, métodos e momentos de avaliação, tempo de tratamento, desfechos e/ou conclusões do estudo.

Avaliação da qualidade dos estudos

Após a primeira seleção, os estudos foram avaliados pela escala de qualidade PEDro por meio de dois pesquisadores cegos entre si. A escala de qualidade PEDro é caracterizada como um instrumento para avaliação de ensaios clínicos publicados na área das ciências da reabilitação. A escala possui um total de 11 itens avaliativos que, com exceção do item 1, atribui ao estudo 1 ponto por cada item satisfeito totalizando um total de 10 pontos. Os critérios de 2 a 9 da escala analisam a validade interna do estudo enquanto os critérios 10 e 11 avaliam sua característica estatística de forma que seus resultados possam ser interpretados. Para esta revisão adotou-se as seguintes faixas de pontuação da escala PEDro: escore de 6-10: considerou-se como de alta qualidade; 4-5: média qualidade; e 0-3: baixa qualidade. Qualquer variação na pontuação dos estudos obtidos pelos avaliadores foi resolvida por meio de discussão entre os pesquisadores.

Medidas de resultados

Para avaliar os efeitos da proposta de fisioterapia pélvica nas distopias genitais, neste estudo, foram considerados os seguintes fatores: desconforto, função sexual, função do assoalho pélvico, sintoma urinário, qualidade de vida, estágio da POP.

RESULTADOS

A busca dos artigos resultou em 98 achados na literatura com base na associação das palavras chaves, foram selecionados 91 após a eliminar as duplicatas. Desses, 58 foram excluídos após a leitura do título, restando 33 para a leitura do resumo, após análise e leitura criteriosa 11 artigos foram escolhidos que se enquadram nos critérios de elegibilidade (Figura 1). Deste, foram colhidos dados autor/ ano da publicação, amostra, intervenção, variáveis avaliadas e resultados dos estudos (Quadro 1).

Tratamento conservador para prolapso de órgão pélvico tem sido indicado, porém o efeito das terapias é incerto. Por meio desta revisão pode-se observar que onze estudos utilizaram como tratamento conservador o exercício para o assoalho pélvico (11-21). Desses estudos, quatro realizaram orientações sobre mudanças do estilo de vida como grupo controle (11, 15, 20). Outros dois estudos, fizeram orientações de mudanças do estilo de vida associado ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico (13, 17). Os Pessários foram utilizados em três estudos, sendo em dois combinados com exercício e em um isolado como grupo comparação (14, 16, 19). Já, a ginástica hipopressiva foi analisada em três estudos, sendo em um estudo como grupo que fez apenas ginástica hipopressiva e nos outros estudo

como umas das terapias de um grupo multimodal (11, 13, 15).

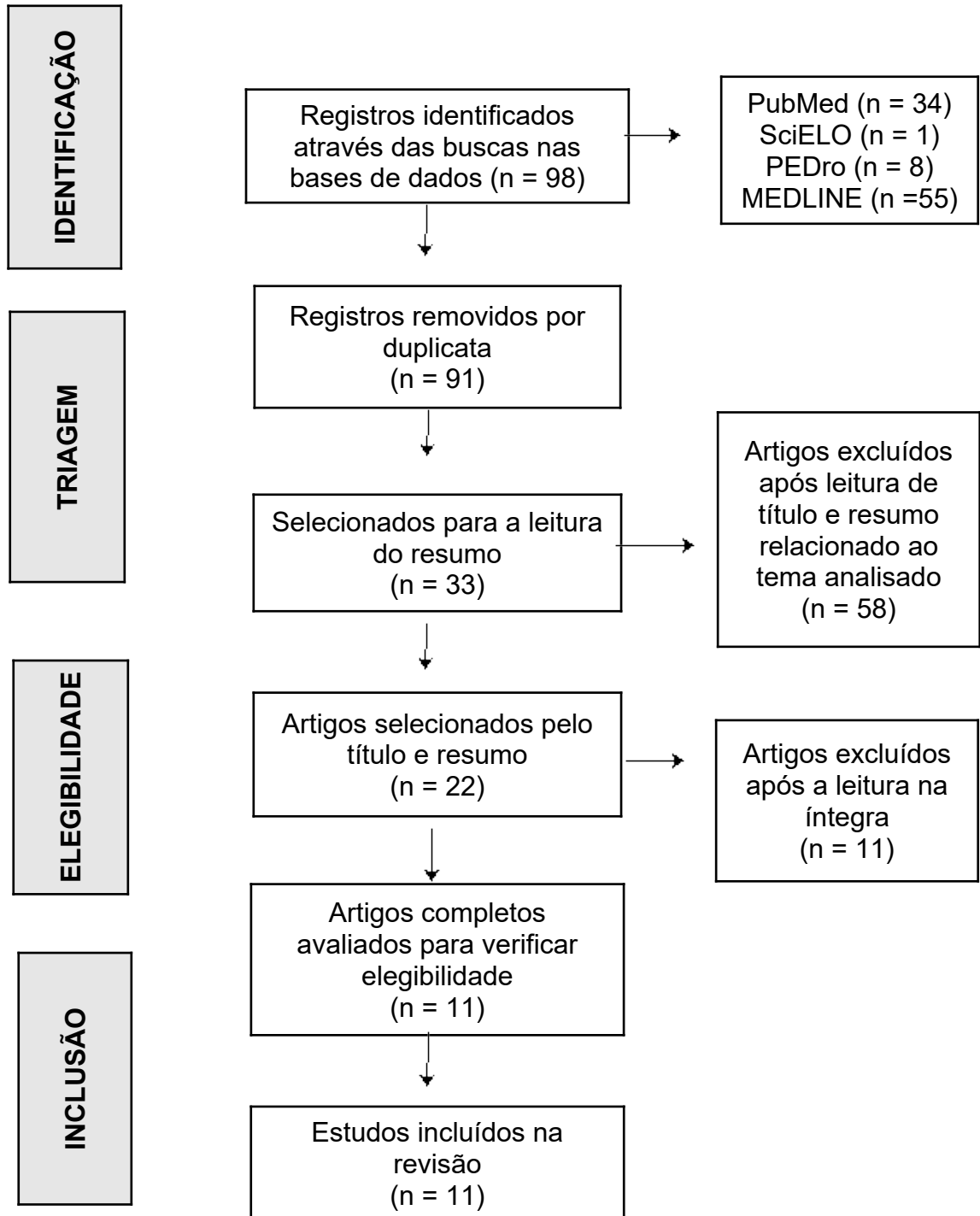


Figura 1. Fluxograma dos estudos identificados e selecionados conforme a busca nas bases de dados.

Tabela I. Escores da Escala PEDro.

	Hagen et al. 2017	Bernar-des et al. 2012	Resende et al. 2019	Cheun-g et al. 2016	Resen-de et al. 2012	Pan-man et al. 2016	Braek-ken et al. 2015	V g e
--	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	------------------------------	--------------

								2
Especificação de critérios de inclusão (item não pontuado)	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	S
Alocação aleatória	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	S
Sigilo na alocação	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	S
Similaridade inicial entre os grupos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	S
Mascaramento de participantes	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	N
Mascaramento de terapeutas	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	N
Mascaramento de avaliadores	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	S
Medidas de um desfecho primário (85% dos participantes)	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	S
Análise de intenção de tratar	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	S
Comparação entre grupos em um desfecho primário	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	S
Tendência central e variabilidade de pelo menos uma variável	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	S
Escore total	6	7	8	8	7	6	7	8

Quadro I. Fontes bibliográficas identificadas, ano de publicação do estudo, amostra, variáveis avaliadas, tratamento fisioterapêutico e desfechos.

Autor/Ano	População	Variáveis avaliadas	Grupo exercício	Grupo de comparação (s)	Desfecho
------------------	------------------	----------------------------	------------------------	--------------------------------	-----------------

Hagen et, al. (2017)	n= 412 Mulheres qualquer idade estádio ≥ I	POP-Q POP-SS ICIQ PISQ-12 Questionário de percepção de benefícios Avaliações: ocorreram após o 1 e 2 ano	GI: Intervenção dividida em 2 fases. Primeiro, TMAP + folheto . Fase 2, Pilates (com exercícios para os MAP). 16 semanas de intervenção	GC: recebeu, o mesmo folheto de conselhos sobre prolapso e estilo de vida + sobre prolapso e estilo de vida	GI apresentou menor taxa de sintomas vaginas, sintomas urinários maior GC, sintomas intestinais foi menos frequente em GI assim como houve mais mudança no estilo de vida.
Bernardes et, Al. (2012)	n= 58 Mulheres com POP estádio II com Idade (ano)= 51.9 (± 7.4); 56.7 (± 10.7); (GIII) 58.7 (± 10.4)	POP-Q Ultrassonografia transperineal, mensurar área secção transversal Avaliação (AST) ocorre antes e após 12 semanas de tratamento	GI: TMAP + conselhos GII: exercícios hipopressivos contração do MAP em conjunto com exercícios hipopressivos + conselhos. Tempo: 3 meses	GIII: orientações de contração do MAP sem seguir protocolo + conselhos.	AST do músculo elevador do ânus aumenta significativamente com fisioterapia em mulheres com POP.
Resende et, al. (2019)	n=61 mulheres com POP em estágio II sintomático	POP-Q HRQoL Eletromiografia de superfície (SEMG)	G: TMAP + folheto	G: TMAP associado exercícios hipopressivos (HE) + folheto.	ambos grupos apresentaram melhora na qualidade de vida, G TMAP + conselhos

	com Idade (ano)= 55 (±6.2)				apresentou melhoria no impacto do prolapso sobre as limitações, sociais e pessoais
Cheung et, al. (2016)	n= 276 mulheres com POP em estágio I a III sintomático com idade 62,6 (±9,6 anos)	POP-Q POP-Q PFDI-20 POPDI-6 VAS descrever o incômodo dos sintomas de POP	G: TMAP C tempo de intervenção: 12 meses.	G: TMAP + pessário vaginal.	comparação entre os grupos o G: TMAP + pessário vaginal apresentou maior melhora de acordo com os questionários de impacto e sofrimento do POP assim como a diminuição dos incômodos.
Resende et, al. (2012)	n=58 Mulheres com média de 55,4 (±9,8) anos com POP estádio II	Contração voluntária máxima (CVM) e resistência usando o sistema de classificação Oxford modificado eletromiografia de superfície (SEMG)	GI: TMAP + folheto tempo de intervenção 12 semanas.	GII: HE associado TMAP + folheto GC: folheto + orientações de contração do MAP sem seguir protocolo.	Nenhuma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis musculares pós- tratamento entre os GI e GII. Porém o GI foi superior a GII em relação à resistência muscular.
Panman et, al. (2016)	n=162 mulheres com POP	POP-Q Palpação digital PFDI-20	G: TMAP tempo de intervenção 2	G: pessário	Ambos grupos mostraram uma melhora nos

	estádio II e sintomático idade média de 55 anos	POPDI-6 UDI-6 PFIQ-7 PCS-12 MCS-12 PISQ-12 Escala de percepção de benefícios (5 pontos)	anos		sintomas do assoalho pélvico, porém o TMAP não manteve o ganho ao longo do estudo. sintomas de prolapso e funcionamento sexual foi melhor no G pessário; o G TMAP melhora no componente físico da qualidade de vida geral.
Braekken et al. (2015)	n=109 Mulheres com POP estágio I a III idade 48,9anos (±11,8)	POP-Q PFDI-20 Manometria: verificar força e resistência e pressão vaginal em repouso	GI: TMAP + folheto tempo de intervenção 6 meses.	GC: folheto + DVD de programa de exercícios.	Significativamente mais mulheres no GI relataram uma melhora na função sexual (apresentando melhora no aspecto força e resistência muscular em comparação com GC).
Wiergersma et al. (2014)	n=287 Mulheres com no mínimo 55 anos com POP estágio I e	POP-Q PFDI-20 SF-36(versão SF-12) PISQ-12 Escala visual analógica	GI: TMAP	GC: Espera vigilante.	Os participantes do GI uma pontuação maior de melhora na escala PFDI-20 do que os participantes do

	II sintomático	percepção melhoria			grupo de espera vigilante
Manonai et, al. (2012)	n=85 mulheres com POP estádio I ou II. Idade de 44,0 ±8,9 anos	POP-Q Teste digital (escala Brink) Teste de tração de esfera de colpexin (avaliação dinâmica) Realizado nas avaliações semanais 4,8,12 e 16 .	G: esfera de colpexin associado com TMAP de tempo de tratamento de 16 semanas.	G: TMAP + livreto de exercícios do assoalho pélvico para a prática domiciliar.	ambos grupos apresentaram melhora na força muscular e os sintomas vaginais diminuiu em ambos os grupos. De acordo com o POP-Q, houve dois participantes em cada grupo que melhorou um estágio POP-Q (do estágio II para o estágio I).
Due et, al. (2015)	n= 89 mulheres com idade ≥ 18 anos com POP estádio ≥ II sintomático	POP-Q PGI-I PFDI-20 PFIQ-7 PISQ-12 Escala de avaliação numérica para relatar incômodo(0-10)	G: TMAP + conselhos de tempo de intervenção 6 meses	G: conselhos (ensino em PowerPoint); não receberam informações sobre TMAP durante suas sessões	3 MESES: G: TMAP + conselhos teve melhora na subescala POPDI-6, melhora significativa no peso pélvico, frequência urinária e pequena quantidade de vazamento. G: conselhos relatou redução significativa no esforço no aspecto

							intestinal.
							6 MESES: G: TMAP + conselhos houve melhora no PGI-I.
Kashyap et al. (2012)	n=140 mulheres com POP de estágio I a III, idade 47 ± 12 anos	POP-Q POP-SS PFIQ-7 VAS	GA: TMAP + manual de auto-instrução de exercícios (SIM) tempo de intervenção 24 semanas.	TMAP GB: SIM	SIM	em ambos os grupos apresentaram diminuição na sensação de algo saindo da vagina. O estadiamento descendente de POP foi observado entre 5 pacientes no GA. Apenas 1 paciente no GB apresentou melhora.	

POP Prolapso de órgão pélvico, HRQoL Qualidade de vida relacionada à saúde, POP-Q Sistema de quantificação de prolapso de órgão pélvico PFDI-20, Inventário de angústia do assoalho pélvico Formulário curto 20 POPDI-6, Inventário de angústia de prolapso de órgão pélvico, UDI -6 Inventário de estresse urinário, UIQ-7 Questionário de impacto urinário, POPIQ-7 Questionário de impacto de prolapso de órgãos pélvicos-7 PISQ-12 Pélvico Prolapso de órgão / incontinência urinária Sexual Questionnaire-12, PGI-I Escala de índice global de melhora do paciente, PFMT Treinamento dos músculos do assoalho pélvico, VAS escala analógica visual, Folheto sobre estilo de vida no POP (orientações sobre o peso, evita carrega peso, tosse).

Discussão

Essa revisão da literatura analisou a eficácia do tratamento conservador em pacientes com prolapso de órgãos pélvicos. Com base na busca encontramos que os principais recursos e métodos abordados são treinamento muscular do assoalho pélvico, ginástica hipopressiva,

peçários e orientações para mudanças no estilo de vida. Os principais resultados foram os benefícios na diminuição dos sintomas vaginas, como peso pélvico, vô ou sentir protuberância, sintomas urinários como vazamento, sintomas intestinais, melhora da função sexual com aumento da força e resistência muscular contribuindo para melhorias na qualidade de vida e percepção de saúde.

A amostra dos estudos possui semelhanças entre si com relação à média de idade das pacientes selecionadas. No estudo (17) as mulheres possuíam uma média de idade de 48,9 anos ($\pm 11,8$), sabe-se que o envelhecimento é um fator de risco para o prolapso de órgãos pélvicos, assim como a correlação dos achados de paridade, sobrepeso e a menopausa. No estudo (14) apresenta dados que concordam com o perfil citado na literatura de fatores relacionados a vulnerabilidade ao risco de desenvolver POP como a média de idade de 62,6 (9,6) anos, IMC 25,4 (3,9), paridade mediana de três e mulheres pós-menopausa.

A classificação do POP-Q é Estádio 0: ausência de prolapso; Estádio I: o ponto de maior prolapso está até 1 cm para dentro do hímen; Estádio II: ponto de maior prolapso está entre -1 cm e + 1 cm do hímen; Estádio III: o ponto de maior prolapso está a mais de 1 cm para fora do hímen, mas sem eversão total; Estádio IV: eversão total (5, 6). Todos os estudos possuíam referência com base nesta classificação este é o método de quantificação do prolapso de órgãos pélvicos é cientificamente embasado e aprovado pela International Continence Society (ICS), American Urogynecologic Society (AUGS) e Society of Gynecologic Surgeons; os estudos apresentados utilizam de forma unânime o instrumento, demonstrando o poder de abrangência da ferramenta em diversos países, como mostrado neste estudo, corroboram para o fortalecimento da reprodutibilidade do POP-Q para a classificação do POP e na elaboração do prognóstico das paciente, isto é na orientação de indicação para abordagem de tratamento. No estudo (14) com número amostral de 276 mulheres com POP em estágio I a III sintomático infere que o tratamento conservador possa contribuir para a terapêutica do POP do estágio III tornando-o elegível para intervenção; dentre os 11 artigos selecionados 6 (11, 14, 16, 17, 20, 21) elegeram mulheres que possuíam prolapso de classificação III para o treinamento muscular do assoalho pélvico, assim sendo necessário ter mais estudos que retratam os efeitos da intervenção conservadora no prolapso de órgãos pélvicos do estágio III. Há um consenso entre os artigos, pois o POP de estágio II está incluso em todos, desta maneira nota-se que este tipo de classificação é elegível para o tratamento conservador.

A abordagem cirúrgica é mais frequente no campo clínico de tratamento do POP sendo apontado como principal tratamento. Porém, a relação tempo e evolução do POP como a espera por cirurgia pode amplificar os impactos sintomatológicos, por exemplo, no estudo (18) as pacientes foram selecionadas para compor os grupos de TMAP e espera vigilante com intuito de verificar os efeitos da intervenção por exercícios em comparação da espera vigilante os resultados da pesquisa possibilitou comprovar que a intervenção apresentou melhora significativa na diminuição dos sintomas consequentes da herniação de órgãos pélvicos possibilitando os participantes do grupo treinamento muscular do assoalho pélvico que evidenciaram (em média) um 9,1 ponto maior de melhoria na escala do Inventário de Angústia do assoalho pélvico-20 do que os participantes do grupo de espera vigilante. Em conformidade com os efeitos benéficos do tratamento conservador e as abrangências das metodologias conjuntas como o TMAP associada com mudanças no estilo de vida em comparação apenas as orientações de estilo de vida foram demonstradas por (11, 20, 21), os quais mostram que a associação das técnicas proporcionou melhora significativa no sintoma de peso pélvico, vê ou sentir protuberância, frequência urinária, reduziu a quantidade de vazamento urinário e diminuiu os sintomas intestinais, por consequência melhorando o índice global de melhoria.

Ademais, a possibilidade da prática das sessões domiciliares de treinamento dos músculos do assoalho pélvico, com ocorrência de no mínimo duas a três vezes por semana com base nas instruções do fisioterapeuta pélvico, torna possível a autonomia e o engajamento do paciente sobre seu tratamento. Dessa forma, facilitando o entendimento no processo de bons resultados e maximizando os efeitos positivos das estratégias fisioterapêuticas (11-21).

A utilização de pessários vaginal com objetivo de sustentação dos órgãos e alinhamento uretral somatizando aos exercícios do assoalho pélvico evidenciam a melhora na queixa de incômodo causada pelo prolapso de órgão pélvicos, além disso promove melhorias no âmbito de funcionamento sexual proporcionando aumento da qualidade de vida (14, 16).

A ginástica hipopressiva foi proposta como alternativa para o tratamento por (12, 13, 15), desta revisão. Consiste em exercícios praticados em três fases: 1) inspiração diafragmática lenta e profunda, 2) expiração completa e, 3) aspiração diafragmática, na qual ocorre progressiva contração dos músculos abdominais profundos, intercostais e elevação das

cúpulas diafragmáticas utilizado de forma simultânea com treinamento muscular do assoalho pélvico, com objetivo de demonstrar a potencialidade da atuação em conjunto.

É importante citar ainda a escassez de estudos, a fim de firmar e direcionar conclusões dentro o cenário populacional. Todos os autores relataram algum grau de perda amostral em seus mapas metodológicos principalmente nos estudos de longo prazo e que tinham como base questionários postais (11, 14, 16), além disso a prática dos exercícios domiciliares pode ser um limitante devido a falta de aderência ao tratamento favorecendo um efeito menor ou ineficaz a intervenção conservadora com a fidedignidade da frequência de contrações musculares por série e a sustentação da contração; um fator também limitantes dos estudos é a falta de descrição detalhada de protocolo de tratamento e as metas de alcance para população alvo. Dentre os onze estudos, seis apresentaram a avaliação da variável de ação muscular diretamente (12, 13, 15-17, 19) somente alguns estudos que apresentaram avaliação da mensuração da contração muscular como parâmetro de evolução no tratamento, portanto faz-se necessário a utilização de instrumentos para avaliação muscular, pois a intervenção fisioterapêutica tem embasamento no funcionamento da ativação muscular do assoalho pélvico.

CONCLUSÃO

Com base nesta revisão, pode-se concluir que o tratamento conservador possui um repertório variado de recursos terapêuticos que podem beneficiar as pacientes com prolapso de órgãos pélvicos, bem como nas repercussões sintomatológicas como sintomas urinários, incômodos vaginais (sensação de peso) e as repercussões sexuais.

Há um consenso entre os artigos, que o estágio II de classificação de POP é elegível para o tratamento conservador, corroborando para admissão da intervenção fisioterapêutica. Todas as pesquisas utilizaram como tratamento conservador o exercício para o assoalho pélvico com a prática domiciliar, favorecendo a inclusão das mulheres com dificuldades econômicas, além de possibilitar a praticidade e autonomia no processo de tratamento; estudo associam o exercício ao uso dos pessários constata a eficiência de sustentação dos órgãos promovendo benefícios de melhora nos sintomas vaginais, e a ginástica hipopressiva foi analisada em outros três estudos com intuito de aprimorar o agrupamento das metodologias de intervenção buscando reforçar o tratamento conservador.

REFERENCIAS

1. DeLancey JO. What's new in the functional anatomy of pelvic organ prolapse? *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016;28(5):420-9.
2. Boulton-Jones JM, McWilliams G, Chandrachud L. Red cell charge in glomerular disease. *Lancet.* 1986;2(8510):814.
3. Aytan H, Ertunc D, Tok EC, Yasa O, Nazik H. Prevalence of pelvic organ prolapse and related factors in a general female population. *Turk J Obstet Gynecol.* 2014;11(3):176-80.
4. Weintraub AY, Gliner H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int Braz J Urol.* 2020;46(1):5-14.
5. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175(1):10-7.
6. Persu C, Chapple CR, Cauni V, Gutue S, Geavlete P. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) - a new era in pelvic prolapse staging. *J Med Life.* 2011;4(1):75-81.
7. Digesu GA, Chaliha C, Salvatore S, Hutchings A, Khullar V. The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life. *BJOG.* 2005;112(7):971-6.
8. Ozengin N, Cankaya H, Duygu E, Uysal MF, Bakar Y. The effect of pelvic organ prolapse type on sexual function, muscle strength, and pelvic floor symptoms in women: A retrospective study. *Turk J Obstet Gynecol.* 2017;14(2):121-7.
9. Radnia N, Hajhashemi M, Eftekhar T, Deldar M, Mohajeri T, Sohbati S, et al. Patient Satisfaction and Symptoms Improvement in Women Using a Vginal Pessary for The Treatment of Pelvic Organ Prolapse. *J Med Life.* 2019;12(3):271-5.
10. Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(12):CD003882.
11. Hagen S, Glazener C, McClurg D, Macarthur C, Elders A, Herbison P, et al. Pelvic floor muscle training for secondary prevention of pelvic organ prolapse (PREVPROL): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet.* 2017;389(10067):393-402.
12. Bernardes BT, Resende AP, Stupp L, Oliveira E, Castro RA, Bella ZI, et al. Efficacy of pelvic floor muscle training and hypopressive exercises for treating pelvic organ prolapse in women: randomized controlled trial. *Sao Paulo Med J.* 2012;130(1):5-9.

13. Resende APM, Bernardes BT, Stupp L, Oliveira E, Castro RA, Girao M, et al. Pelvic floor muscle training is better than hypopressive exercises in pelvic organ prolapse treatment: An assessor-blinded randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn*. 2019;38(1):171-9.
14. Cheung RY, Lee JH, Lee LL, Chung TK, Chan SS. Vaginal Pessary in Women With Symptomatic Pelvic Organ Prolapse: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2016;128(1):73-80.
15. Resende AP, Stupp L, Bernardes BT, Oliveira E, Castro RA, Girao MJ, et al. Can hypopressive exercises provide additional benefits to pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse? *Neurourol Urodyn*. 2012;31(1):121-5.
16. Panman CM, Wiegersma M, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-van Leeuwen Y, Vermeulen KM, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of pessary treatment compared with pelvic floor muscle training in older women with pelvic organ prolapse: 2-year follow-up of a randomized controlled trial in primary care. *Menopause*. 2016;23(12):1307-18.
17. Braekken IH, Majida M, Ellstrom Engh M, Bo K. Can pelvic floor muscle training improve sexual function in women with pelvic organ prolapse? A randomized controlled trial. *J Sex Med*. 2015;12(2):470-80.
18. Wiegersma M, Panman CM, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-Van Leeuwen Y, 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*. 2014;349:g7378.
19. Manonai J, Harnsomboon T, Sarit-apirak S, Wattanayingcharoenchai R, Chittacharoen A, Suthutvoravut S. Effect of Colpexin Sphere on pelvic floor muscle strength and quality of life in women with pelvic organ prolapse stage I/II: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2012;23(3):307-12.
20. Due U, Brostrom S, Lose G. Lifestyle advice with or without pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2016;27(4):555-63.
21. Kashyap R, Jain V, Singh A. Comparative effect of 2 packages of pelvic floor muscle training on the clinical course of stage I-III pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;121(1):69-73.
22. Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz S, Fontel P. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2007 [cited 2014 Dec 09];7(16).

23. Maher CG, Sherrington C, Herbert RD, Moseley AM, Elkins M. Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials. *Phys Ther* 2003;83:713-21.
24. De Morton NA. The PEDro scale is a valid measure of the methodological quality of clinical trials: A demographic study. *Aust J Physiother* 2009;55:129-33.