

VICTORIA MONTEIRO COELHO

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

CINIRA ASSAD SIMÃO HADDAD

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

*Recebido em fevereiro de 2020.
Aprovado em agosto de 2020.*

FISIOTERAPIA EM MULHERES COM PROLAPSO GENITAL E INCONTINÊNCIA URINÁRIA: REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

A incontinência urinária (IU), a incontinência fecal e o prolapso pélvico são distúrbios do pavimento pélvico, podendo ocorrer isoladamente ou associados. São causados devido a disfunções dos ligamentos, fâscias e pelos músculos do assoalho pélvico. A fisioterapia tem um papel fundamental na reabilitação da musculatura pélvica e no tratamento da IU e do POP. Devido à alta incidência de IU e POP, existe uma crescente demanda por serviços de saúde voltados para as disfunções do assoalho pélvico. (SILVA FILHO ET AL., 2013) Objetivo: Realizar uma revisão de literatura sobre as intervenções fisioterapêuticas em mulheres que tem incontinência urinária associado ao prolapso genital. Resultados: A fisioterapia tem como objetivo aumentar a resistência do MAP, prevenir a evolução do distúrbio, reduzir os sintomas e retardar ou até mesmo prevenir a necessidade da realização cirúrgica. A fisioterapia é minimamente invasiva, garantindo bons resultados a partir do empenho do paciente e do envolvimento de uma equipe multidisciplinar. (SILVA FILHO ET AL., 2013) Considerações Finais: Tanto a Incontinência Urinária (IU) quanto os Prolapsos (POP's) são afecções geradas por múltiplos fatores e vem crescendo consideravelmente. Porém pouca informação é disseminada sobre o tratamento conservador: a fisioterapia. Assim é de grande importância que sejam realizados novos estudos randomizados acerca do assunto e do tratamento conservador e os instrumentos que podem ser utilizados para tratar ou melhorar sintomas e sinais dessas afecções.

Palavras-Chave: fisioterapia; prolapso genital; incontinência urinária; tratamento.

PHYSIOTHERAPY IN WOMEN WITH GENITAL PROLAPSE AND URINARY INCONTINENCE: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI), fecal incontinence and pelvic prolapse are disorders of the pelvic floor and may occur alone or in association. They are caused due to dysfunctions of the ligaments, fasciae and pelvic floor muscles. Physical therapy plays a key role in the rehabilitation of the pelvic muscles and in the treatment of UI and POP. Due to the high incidence of UI and POP, there is a growing demand for health services focused on pelvic floor dysfunction. (SILVA FILHO ET AL., 2013) Objective: To perform a literature review on physical therapy interventions in women who have urinary incontinence associated with genital prolapse. Results: Physical therapy aims to increase the resistance of MAP, prevent the evolution of the disorder, reduce symptoms and delay or even prevent the need for surgery. Physical therapy is minimally invasive, ensuring good results from patient commitment and the involvement of a multidisciplinary team. (SILVA FILHO ET AL., 2013) Considerations: Both Urinary Incontinence (UI) and Prolapses (POPs) are affections generated by multiple factors and have been growing considerably. However, little information is disseminated about conservative treatment: physical therapy. It is therefore of great importance that further randomized studies be conducted on the subject and conservative treatment and the instruments that can be used to treat or ameliorate symptoms and signs of these conditions.

Keywords: physiotherapy; genital prolapse; urinary incontinence; treatment.

INTRODUÇÃO

A organização dos órgãos internos da cavidade pélvica é dada pela ação da fáscia, dos ligamentos, e dos músculos, que agem de forma simultânea para o funcionamento apropriado dos órgãos. Sendo esse conjunto (ligamentos, fâscias e músculos), denominado de pavimento pélvico. Este atravessa à uretra, vagina (na mulher) e o reto. Auxiliando na continência fecal e urinária e na função sexual. Funcionando como um revestimento inferior, sustentando os órgãos, e fazendo uma força em direção oposta a força da gravidade (SILVA, 2012).

Os músculos da região pélvica podem ser divididos em dois grupos: músculos da região glútea (que inclui os músculos dos membros inferiores com origem na pelve), e músculos pélvicos verdadeiros (que formam o assoalho pélvico). O primeiro grupo é formado pelo músculo glúteo máximo, glúteo médio, glúteo mínimo, tensor da fáscia lata, piriforme, obturador interno e externo, gêmeos, superior e inferior, e músculo quadrado femoral. Os músculos da região anterior da pelve, que também representam a musculatura posterior do abdome, são os músculos iliopsoas, o músculo psoas menor e o quadrado lombar (VERONEZ; VIEIRA, 2012).

Já o segundo grupo, os músculos verdadeiros da pelve ou pavimento pélvico, está dividido em dois subgrupos musculares: o diafragma pélvico e a membrana perineal (ou diafragma urogenital). O primeiro subgrupo cobre inferiormente a pelve, indo do púbis ao cóccix; o diafragma urogenital é a camada mais superficial do pavimento pélvico e é um grande responsável pela continência urinária e fecal voluntária (VERONEZ; VIEIRA, 2012).

Constituindo a maior parte do assoalho pélvico, o músculo levantador do ânus tem origem no púbis, nas espinhas isquiáticas e no arco tendíneo do músculo levantador do ânus, inserindo-se no corpo do períneo, cóccix, corpo ligamento anococcígeo, paredes da vagina ou próstata, reto e canal anal. Sendo subdividido de acordo com seu local de inserção e seu trajeto, o levantador do ânus adquire três denominações: puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo. E o músculo isquiococcígeo segue da porção ínfero-lateral tanto do sacro quanto do cóccix até a espinha isquiática (SILVA, 2012).

Os músculos do assoalho pélvico ou diafragma pélvico, agem conjuntamente com diafragma urogenital, que é constituído pela camada superficial do musculo isquiocavernoso, bulbocavernoso e do musculo transverso do períneo. Funciona preenchendo a abertura urogenital existente entre o púbis e o corpo perineal, e sustenta a região distal da vagina e uretra, contribuindo para continência (SILVA, 2012).

Além disso, a musculatura do assoalho pélvico (MAP), participam do equilíbrio estático e dinâmico do corpo atuando com outros grupos musculares. Para isso é necessário a correta posição anatômica dos músculos, da qualidade das fibras e da performance de contração e relaxamento, e da integridade das fâscias. Atuam também promovendo a estabilidade do tronco. Por serem músculos com constante atividade eletromiográfica, atuam quando há aumento de pressão intra-abdominal, aumentando o tônus basal e promovendo continência. (FOZZATTI, 2010)

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A continência da urina deve-se a um complexo mecanismo, embora seja uma função simples e diária. Abrange quatro fatores principais: acomodação da bexiga quanto ao enchimento de urina, esfíncter uretral íntegro assim como o pavimento pélvico íntegro e boa coaptação da mucosa uretral. Quando uns desses elementos não estão funcionando com integridade pode-se gerar a perda involuntária de urina, ou seja, incontinência urinária. (GOMES; HISANO, 2010; FERNANDES et al., 2015)

A incontinência urinária (IU), é causada por qualquer fator que comprometa a integridade de um dos elementos da continência, fazendo com que a pressão intravesical seja superior à uretral. Sendo uma experiência que atinge milhões de pessoas de todas

as faixas etárias, com uma incidência maior nas mulheres do que nos homens. Há um aumento da prevalência com o passar da idade, embora não seja parte do envelhecimento fisiológico. (CARVALHO et al.,2014)

Incontinência Urinária de Esforço (IUE), é definida como qualquer perda involuntária de urina após esforço físico, como uma tosse ou espirro, por exemplo. Pode ser ocasionada por hiper mobilidade uretral ou deficiência no esfíncter uretral, gerando insuficiência na pressão para o fechamento uretral durante o esforço. Incontinência Urinária de Urgência (IUU), relacionado com a hiperatividade do músculo detrusor, gerando contrações involuntárias na parede da bexiga, sensível a qualquer micro estímulo. A causa pode ser idiopática, ou seja, sem causa definida e essa é a maioria dos casos; ou ainda por causa neurogênica, provinda de alguma perturbação neurológica. (GLISOI; GIRELLI, 2011)

Incontinência Urinária Mista, onde o paciente possui os sintomas tanto da IUU quanto da IUE, relacionando o aumento da pressão intravesical causada pelo esforço físico, com o aumento da atividade detrusora. Incontinência por extravasamento, é uma forma mais rara de incontinência, onde a bexiga não esvazia completamente durante a micção, causada pela incapacidade de contração eficiente do músculo detrusor. (GLISOI; GIRELLI, 2011)

Há ainda outros tipos de incontinência, como por exemplo: a incontinência urinária postural (associada a alteração da posição corporal), enurese noturna (durante a noite), incontinência coital (durante o coito). Sendo a IUE, IUU e a mista os tipos mais comuns, prevalecendo em 49%,22% e 29%, respectivamente. Não há um estudo que indique qual dos tipos de incontinência é o mais grave, porém há diversos estudos que demonstram a grande interferência que a IU causa na vida principalmente das mulheres. Os episódios de IU causam constrangimento social, queda no desempenho sexual e profissional, afetando diretamente as atividades diárias. (MASCARENHAS, 2010)

A IU pode ser provocada por diversos fatores, como: sexo, idade, obesidade, raça, partos vaginais, deficiência estrogênica, exercícios físicos rigorosos, uso de drogas, tabagismo, neuropatias, dentre outros. E mesmo que seja um problema tão comum e que afeta a população mundial, acredita-se que ainda é muito ocultado e pouco tratado por vergonha, por pouca expectativa no tratamento, ou pelos indivíduos acreditarem que é uma condição normal relacionada com o envelhecimento. (CARVALHO ET AL.,2014; MASCARENHAS, 2010)

Sendo a idade considerada o principal fator de risco para a incontinência urinária feminina, e de maior ocorrência nas idosas que atingiram a menopausa. Alguns distúrbios urinários em mulheres idosas podem ocorrer devido a diminuição da capacidade da bexiga e pelo baixo nível de estrógeno após menopausa, contribuindo para o desenvolvimento da IU. (CARVALHO et al.,2014)

Outro fator que predispõe à IU é a obesidade, podendo ser também um fator agravante a medida do aumento do peso. A sua associação com a IU deve-se ao aumento da pressão intra-abdominal principalmente pelo peso na região da cintura e quadril, com consequente aumento na pressão intravesical, alterando o sistema urinário. (CARVALHO et al.,2014)

A constipação crônica também pode levar a alterações no sistema urinário, pois o estiramento retal pode comprimir a bexiga, causando retenção urinária e aumentando a força realizada durante a evacuação. Com isso, pode-se lesionar a musculatura pélvica, devido a distensão causando isquemia muscular. (HIGA; LOPES; REIS, 2008)

Além disso, a paridade e o tipo de parto são grandes fatores predisponentes para que as mulheres venham a ter IU. É comum que durante a gravidez ocorra alguns episódios de IU, podendo cessar após o parto. Caso o parto seja vaginal, a chance de aparecimento da IU é ainda maior que em partos do tipo cesárea, principalmente quando há lesões ou traumas no assoalho pélvico. Porém, quando comparadas a nulíparas ambos os partos são associados a IU. (HIGA; LOPES; REIS, 2008)

Para o tratamento conservador promove-se mudança no estilo de vida do paciente utilizando dispositivos auxiliares e principalmente atividade física. Sendo a fisioterapia o tratamento conservador mais indicado como tratamento para a IU. (DUMOULIN ET AL., 2015)

Assim a fisioterapia tem como objetivo aumentar a resistência do MAP, prevenir a evolução do distúrbio, reduzir os sintomas e retardar ou até mesmo prevenir a necessidade da realização cirúrgica. A fisioterapia é minimamente invasiva, garantindo bons resultados a partir do empenho do paciente e do envolvimento de uma equipe multidisciplinar. (SILVA FILHO ET AL., 2013)

Para a incontinência urinária há várias opções terapêuticas como, tratamento conservador, farmacológico ou cirúrgico. Por ser um método simples e não invasivo o tratamento conservador é uma grande opção, tendo baixo risco de efeitos adversos. Ele abrange mudança no estilo de vida do paciente e a fisioterapia. (MASCARENHAS, 2010)

Além disso podem ser dados algumas orientações relacionadas ao estilo de vida frente a IU, como: perda de peso em casos de obesos e obesos mórbidos; exercício moderado; uma pequena diminuição da ingestão de líquidos (por volta de 25%); diminuição de bebidas que “irritam” a bexiga (como o café, por exemplo). (DUMOULIN ET AL., 2015)

A principal ferramenta da fisioterapia é a realização de exercícios para os músculos do assoalho pélvico, visando fortalecimento e a resistência, e podem ser feitos sozinhos ou associados a alguma estimulação elétrica, biofeedback ou aos cones vaginais. Durante os exercícios, os pacientes são ensinados a realizar a contração correta do MAP, e executam diversas atividades de acordo com o programa feito pelo fisioterapeuta. (MASCARENHAS, 2010). Visando o fortalecimento do AP, são realizados exercícios que ativem especificamente a musculatura da região perineal, gerando como consequência o aumento da força muscular, resistência, rapidez de contração e coordenação, sendo esses requisitos importantes para a continência tanto na IUE como na IUU. (DUMOULIN ET AL., 2015)

Com o uso do biofeedback, que pode ser digital quando o fisioterapeuta palpa digitalmente a vagina, ou utilizando o biofeedback visual introduzindo um equipamento na vagina, pode-se medir a força de contração do pavimento pélvico. E a partir do biofeedback que a paciente consegue compreender como realizar a contração correta do assoalho pélvico, podendo utilizar também os cones vaginais que inseridos na vagina produzem feedback à paciente. (SILVA FILHO ET AL., 2013)

PROLAPSOS PÉLVICOS

Os prolapsos pélvicos ou genitais (POPs) são caracterizados pelo deslocamento inferior dos órgãos pélvicos, como útero, bexiga, reto, uretra e vagina, em direção ao hiato genital pelo canal vaginal. É decorrente do desequilíbrio entre a força de retenção dos órgãos pélvicos (feita pelo MAP e pelo pavimento pélvico) e as forças que os projetam para fora da pelve. (RESENDE et al., 2010)

O POP é uma importante afecção ginecológica que afeta milhares de mulheres, causando diminuição da qualidade de vida, gerando grande impacto psicológico, social e sexual. É difícil obter-se dados epidemiológicos desta afecção, pois muitas mulheres escondem o problema ou creem que seja parte do envelhecimento ou devido aos partos vaginais. (RODRIGUES et al., 2008)

A causa é multifatorial e varia de paciente para paciente. Compreendem fatores congênitos (como por exemplo, paralisia flácida dos MAP), defeitos estruturais ou bioquímicos do tecido endopélvico entre outros fatores como: histórico de partos, idade, alterações posturais, obesidade ou prática de exercícios físicos intensos que exijam aumentos repetitivos da pressão intra-abdominal. (SILVA, 2011)

O parto vaginal se destaca como principal fator de risco para o prolapso. Alguns estudos mostram que há associação entre o tempo do trabalho de parto vaginal e a denervação parcial do diafragma pélvico com consequente enfraquecimento. Assim, o

trabalho de parto prolongado poderia causar danos neurológicos devido a compressão e distensão. Além das episiotomias de rotina que aumentam as lesões e consequente enfraquecimento do assoalho pélvico, com aumento do hiato genital. (SILVA, 2011)

Fatores como obesidade, tabagismo, exercícios físicos intensos, constipação crônica e alterações posturais, são relacionados com o prolapso devido ao aumento crônico da pressão intra-abdominal no sentido céfalo-caudal. Quando o prolapso surge em mulheres jovens e nulíparas, sem fatores que justifiquem o aparecimento do POP, a causa vem sendo relacionada a doenças caracterizadas por alterações na matriz de colágeno. (CÂNDIDO et al., 2012)

Quando ocorre o prolapso de bexiga ou popularmente chamado de “bexiga caída”, e da parede anterior, chama-se cistocele, sendo o tipo de POP mais comum. Podendo haver: a) um defeito lateral onde há um defeito na inserção da fâscia endopélvica ao arco tendíneo, causando prolapso de bexiga e da uretra, e incontinência urinaria de esforço. b) um defeito central, ou seja, na linha média, causando cistocele, uretrocele (prolapso uretral), com ou sem incontinência urinaria de esforço. c) defeito distal transversal, menos frequente, produzindo prolapso uretral e apresentando incontinência urinaria de esforço. d) defeito proximal transversal, onde a fâscia perde sua inserção proximal, produzindo cistocele. (BRAUN, 2004)

Quando ocorre prolapso da parede vaginal posterior, com a descida do reto, chama-se retocele ou enterocele. Na região apical pode-se ocorrer o prolapso de útero ou histerocele, e prolapso da cúpula vaginal. E embora a perda do suporte pélvico possa atingir os órgãos pélvicos individualmente, é comum que ocorra a combinação de diversos defeitos na fâscia endopélvica, acometendo vários órgãos juntos. (MASCARENHAS, 2010)

Os sintomas dependem da região acometida. Geralmente quando o POP está localizado na parede vaginal anterior, os sintomas estão relacionados com a micção, como incontinência e retenção urinária. Quando localizado na parede vaginal posterior, as queixas estão relacionadas a disfunções da defecação. Os sintomas gerais são sensação de peso, desconforto, dor vaginal, dor lombar, desconforto abdominal e dor durante ato sexual. (SILVA, 2011)

Os sintomas também dependem de um outro fator: o grau do prolapso. O grau do POP é medido pelo POP-Q, e divide-se em quatro graus. Grau zero quando não há prolapso durante esforço físico. Grau 1, quando a porção mais distal do prolapso está a mais de um centímetro do hímen. Grau 2, quando a porção mais distal do prolapso está a mais ou menos um centímetro do hímen. Grau 3, quando a porção mais distal do prolapso está a mais de um centímetro do hímen. Grau 4, quando o órgão está completamente evertido. (MASCARENHAS, 2010)

Para o prolapso pélvico, as opções terapêuticas são iguais as da IU, e dependem do nível do POP. O tratamento conservador é mais indicado a mulheres com nível baixo de prolapso, que desejam ter filhos, ou que não pretendem se submeter a cirurgia. Os exercícios musculares pélvicos nesse caso, podem prevenir ou retardar a piora do prolapso, reduzindo os sintomas, ou auxiliar no pré ou pós-operatório. (MASCARENHAS, 2010)

Há também dispositivos que são introduzidos na vagina, segurando o prolapso e causando alívio dos sintomas, são os anéis ou pessários. Possuem várias formas e medidas, funcionando ou como suporte ou ocupando espaço. São econômicos geram poucas complicações, porém não há ainda um consenso sobre a escolha apropriada e os intervalos de substituição. (MASCARENHAS, 2010; GARCIA, 2015)

O tratamento conservador para POP pode ser feito de modo adjuvante ou não com a cirurgia e pode atuar no pré ou pós-operatório. A fisioterapia utiliza de alguns recursos, tais como: cinesioterapia, biofeedback, cones vaginais e estimulação elétrica, que podem ser utilizados conjuntamente. Um dos exercícios mais utilizados são os descritos por Kegel, para promoção da conscientização, elaboração das funções musculares e aprendizado do controle do MAP. Assim as pacientes são orientadas e ensinadas a manter

a contração do AP por três segundos e relaxar pelo mesmo tempo, podendo associar com estimulação elétrica. (MASCARENHAS, 2010; SILVA FILHO ET AL., 2013)

O tratamento conservador tanto para IU quanto para o POP, envolve mudanças nos hábitos de vida, fisioterapia, medicinas alternativas e dispositivos “anti-incontinência” ou no caso dos prolapso, os pessários. É importante abandonar vícios como tabagismo e alcoolismo, diminuir atividades físicas extenuantes que sobrecarreguem o assoalho pélvico, diminuir ingestão de cafeína, e tratar sinais e/ou sintomas de constipação intestinal. (DUMOULIN et al., 2014)

A correção de deficiências fisiológicas no MAP e de toda a região pélvica, é a primeira tentativa de tratamento, ou seja, como acima citado, o tratamento conservador. Visando minimizar o estresse do tecido da região pélvica e tecidos adjacentes, na tentativa de retornar ao padrão normal. Caso não haja sucesso, a paciente é encaminhada para a correção cirúrgica. (KURZ; BORELLO-FRANCE, 2016)

TRATAMENTO CIRÚRGICO

A reconstrução cirúrgica está ligada à restauração da anatomia o mais próximo do nível normal, mantendo as funções dos sistemas urinário e gastrointestinal e manter a função de capacidade sexual. A escolha da melhor técnica cirúrgica, deve ser decisão conjunta de médico e paciente. (CARRAMÃO ET AL., 2009)

TRATAMENTO CONSERVADOR

A fisioterapia tem como objetivo aumentar a resistência do MAP, prevenir a evolução do distúrbio, reduzir os sintomas e retardar ou até mesmo prevenir a necessidade da realização cirúrgica. A fisioterapia é minimamente invasiva, garantindo bons resultados a partir do empenho do paciente e do envolvimento de uma equipe multidisciplinar. (SILVA FILHO ET AL., 2013)

A principal ferramenta da fisioterapia é a realização de exercícios para os músculos do assoalho pélvico, visando fortalecimento e a resistência, e podem ser feitos sozinhos ou associados a alguma estimulação elétrica, biofeedback ou aos cones vaginais. Durante os exercícios, os pacientes são ensinados a realizar a contração correta do MAP, e executam diversas atividades de acordo com o programa feito pelo fisioterapeuta. (MASCARENHAS, 2010)

Visando o fortalecimento do AP, são realizados exercícios que ativem especificamente a musculatura da região perineal, gerando como consequência o aumento da força muscular, resistência, rapidez de contração e coordenação, sendo esses requisitos importantes para a continência tanto na IUE como na IUU. (DUMOULIN ET AL., 2015)

Com o uso do biofeedback, que pode ser digital quando o fisioterapeuta palpa digitalmente a vagina, ou utilizando o biofeedback visual introduzindo um equipamento na vagina, pode-se medir a força de contração do pavimento pélvico. E a partir do biofeedback que a paciente consegue compreender como realizar a contração correta do assoalho pélvico, podendo utilizar também os cones vaginais que inseridos na vagina produzem feedback à paciente. (SILVA FILHO ET AL., 2013)

Para o prolapso pélvico, as opções terapêuticas são iguais as da IU, e dependem do nível do POP. O tratamento conservador é mais indicado a mulheres com nível baixo de prolapso, que desejam ter filhos, ou que não pretendem se submeter a cirurgia. Os exercícios musculares pélvicos nesse caso, podem prevenir ou retardar a piora do prolapso, reduzindo os sintomas, ou auxiliar no pré ou pós-operatório. (MASCARENHAS, 2010)

Há também dispositivos que são introduzidos na vagina, segurando o prolapso e causando alívio dos sintomas, são os anéis ou pessários. Possuem várias formas e medidas, funcionando ou como suporte ou ocupando espaço. São econômicos geram poucas

complicações, porém não há ainda um consenso sobre a escolha apropriada e os intervalos de substituição. (MASCARENHAS, 2010; GARCIA, 2015)

Concluindo que o treinamento do MAP é um método bastante eficaz, contando com estimulação elétrica e biofeedback para pacientes que não conseguem contrair corretamente a musculatura, e utilizando também os cones vaginais como “halteres da musculatura pélvica”. Com isso, há o melhor sustento das vísceras pélvicas e aumento da resistência uretral, diminuindo e/ou melhorando os sintomas do prolapso pélvico e dos tipos de incontinência urinária, principalmente a de esforço (IUE). (SILVA FILHO ET AL., 2013; LM ET AL., 2006)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tanto a Incontinência Urinária (IU) quanto os Prolapsos (POP's) são afecções geradas por múltiplos fatores e vem crescendo consideravelmente. Porém pouca informação é disseminada sobre o tratamento conservador: a fisioterapia. Assim é de grande importância que sejam realizados novos estudos randomizados acerca do assunto e do tratamento conservador e os instrumentos que podem ser utilizados para tratar ou melhorar sintomas e sinais dessas afecções.

REFERÊNCIAS

BRAUN, Hernán et al. PROLAPSO GENITAL SEVERO: CONSIDERACIONES CLÍNICAS, FISIOPATOLÓGICAS Y DE TÉCNICA QUIRÚRGICA AL MOMENTO DE SU CORRECCIÓN. 2004. Disponível em:

<https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775262004000200010&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 26 maio 2018.

CÂNDIDO, Eduardo Batista et al. CONDUITA NOS PROLAPSOS GENITAIS. 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-652212>>. Acesso em: 17 jul. 2019.

CARRAMÃO, Silvia et al. ESTUDO RANDÔMICO DA CORREÇÃO CIRÚRGICA DO PROLAPSO UTERINO ATRAVÉS DE TELA SINTÉTICA DE POLIPROPILENO TIPO I COMPARANDO HISTERECTOMIA VERSUS PRESERVAÇÃO UTERINA. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912009000100012>. Acesso em: 09 jul. 2019.

CARVALHO, Maitê Peres de et al. O IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM IDOSAS. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00721.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

FERNANDES, Susana et al. QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832015000200011>. Acesso em: 31 mar. 2018.

FOZZATTI, Maria Celina Martins. TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO FEMININA PELA REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL (RPG): estudo comparativo longitudinal. 2010. Disponível em:

<http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312270/1/Fozzatti_MariaCelinaMartins_D.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

GARCIA, Cingrid Raiane. TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO ASSOCIADO AO USO DE PESSÁRIO EM PACIENTES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICO. 2015. Disponível em:

<<http://repositorio.faema.edu.br:8000/bitstream/123456789/124/1/GARCIA%2c%20C.%20R.%20%20TRATAMENTO%20FISIOTERAPÊUTICO%20ASSOCIADO%20AO%20USO%20DE%20PESSÁRIO%20EM%20PACIENTES%20COM%20PROLAPSO%20DE%20ÓRGÃOS%20PÉLVICOS.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

- GLISOI, Soraia Fernandes das Neves; GIRELLI, Paola. IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NA CONSCIENTIZAÇÃO E APRENDIZAGEM DA CONTRAÇÃO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA. 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=606361&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 jan. 2019
- GOMES, Cristiano Mendes; HISANO, Marcelo. Anatomia e Fisiologia da Micção. In: NARDOZZA JÚNIOR, Archimedes; ZERATI FILHO, Miguel; REIS, Rodolfo Borges dos. UROLOGIA FUNDAMENTAL. São Paulo: Planmark Editora Ltda, 2010. p. 30-35.
- HIGA, Rosângela; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; REIS, Maria José dos. Risk factors for urinary incontinence in women. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41723>>. Acesso em: 10 ago. 2019
- JUC, Rodrigo Ungari; COLOMBARI, Eduardo; SATO, Monica Akemi. IMPORTÂNCIA DO SISTEMA NERVOSO NO CONTROLE DA MICÇÃO E ARMAZENAMENTO URINÁRIO. 2010. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/view/76/74>>. Acesso em: 14 jun. 2019.
- KNORST, Mara R et al. INTERVENÇÃO FISIOTERAPEUTICA EM MULHERES COM INCONTINENCIA URINARIA ASSOCIADA AO PROLAPSO DE ÓRGÃO PELVICO. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v16n2/a04v16n2>>. Acesso em: 15 abr. 2018.
- KURZ, Jenny; BORELLO-FRANCE, Diane. A MOVEMENT SYSTEM IMPAIRMENT GUIDED APPROACH TO THE PHYSICAL THERAPY MANAGEMENT OF A PATIENT WITH POSTPARTUM PELVIC ORGAN PROLAPSE AND MIXED URINARY INCONTINENCE: A CASE REPORT. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27587802>>. Acesso em: 09 jul. 2019.
- LM, Matheus et al. INFLUÊNCIA DOS EXERCÍCIOS PERINEAIS E DOS CONES VAGINAIS, ASSOCIADOS À CORREÇÃO POSTURAL, NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA. 2006. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2350/235016473005.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2019.
- MASCARENHAS, Teresa. DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PELVICO: INCONTINENCIA URINÁRIA E PROLAPSO DOS ORGÃOS PÉLVICOS. 2010. Disponível em: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_30.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2019.
- RESENDE, Ana Paula Magalhães et al. PROLAPSO GENITAL E REABILITAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n2/a003.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2018.
- RODRIGUES, Andrea Moura et al. FATORES DE RISCO PARA O PROLAPSO GENITAL EM UMA POPULAÇÃO BRASILEIRA. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n1/v31n1a04.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2019.
- SILVA FILHO, Agnaldo Lopes et al. ANÁLISE DOS RECURSOS PARA REABILITAÇÃO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES COM PROLAPSO E INCONTINÊNCIA URINÁRIA. 2013. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/fpusp/article/view/78353/82373>>. Acesso em: 27 jan. 2019
- SILVA, Ana Rita Monteiro Gomes da. ESTUDO BIOMECÂNICO DA CAVIDADE PÉLVICA DA MULHER. 2012. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/68417/1/000154801.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.
- SILVA, Livianne Lopes. TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DAS DISTOPIAS GENITAIS. 2011. Disponível em: <<http://www.faculdadesaomiguel.com.br/pdf/revista-conceito/n2/fisioterapia/tratamento-fisioterapeutico.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.
- VERONEZ, Djanira Aparecida da Luz; VIEIRA, Michele Patrícia Müller Mansur. ANATOMIA DA PELVE. 2012. Disponível em: <http://rle.dainf.ct.utfpr.edu.br/hipermidia/images//documentos/Anatomia_da_pelve.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

YANG, Sumian et al. THE EFFECT OF REHABILITATION EXERCISES COMBINED WITH DIRECT VAGINA LOW VOLTAGE LOW FREQUENCY ELECTRIC STIMULATION ON PELVIC NERVE ELECTROPHYSIOLOGY AND TISSUE FUNCTION IN PRIMIPAROUS WOMEN: A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL.2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28252827>>. Acesso em: 17 jul. 2019.