



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**CLEIDIANA DA SILVA**

**PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS FEMININO E OS MEIOS DE TRATAMENTO  
FISIOTERAPÊUTICO**

**ARIQUEMES-RO  
2020**

**CLEIDIANA DA SILVA**

**PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS FEMININO E OS MEIOS DE TRATAMENTO  
FISIOTERAPÊUTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso para a obtenção do Grau Fisioterapia apresentado à Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Jessica Castro dos Santos.

**ARIQUEMES-RO  
2020**

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA**

---

SI586p

SILVA, Cleidiana da.

Prolapso de órgãos pélvicos feminino e os meios de tratamento fisioterapêutico. / por Cleidiana da Silva. Ariquemes: FAEMA, 2020.

39 p.; il.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Fisioterapia - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

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

1. Prolapso. 2. Assoalho Pélvico. 3. Modalidades de Fisioterapia. 4. Tratamento Conservador. 5. Qualidade de vida. I Santos, Jéssica Castro dos. II. Título. III. FAEMA.

CDD:615.82

---

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

**CLEIDIANA DA SILVA**

**PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS FEMININO E OS MEIOS DE TRATAMENTO  
FISIOTERAPÊUTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso para a  
obtenção do Grau Fisioterapia apresentado  
à Faculdade de Educação e Meio Ambiente  
– FAEMA.

**Banca examinadora**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Me. Jessica Castro dos Santos  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

---

Prof<sup>a</sup>. Me. Mariana Ferreira Alves de Carvalho  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

---

Prof<sup>a</sup>. Me. Patricia Caroline Santana  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

**ARIQUEMES – RO  
2020**

Dedico este trabalho aos meus pais que acreditaram nos meus sonhos e me deram forças para prosseguir.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por estar comigo nessa jornada, pois em todos os momentos esteve ao meu lado me dando força, energia e coragem.

Agradeço a minha família por acreditar nos meus sonhos e estar comigo em todas as situações. Principalmente aos meus pais Maria da Penha da Silva e Orivaldo da Silva que sempre me apoiaram em minhas decisões e sempre estiveram ali na hora em que eu mais precisei ao longo de toda a minha trajetória.

Ao meu namorado Devanei Lopes da Silva que nas horas de tristeza e desânimo sempre esteve ao meu lado com o ombro e uma palavra amiga de conforto.

Agradeço também a minha professora orientadora Jessica Castro dos Santos pela paciência, apoio e dedicação em suas orientações prestada na elaboração deste trabalho.

*“A menos que modifiquemos a 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 óssea é formada por quatro ossos, os dois ossos do quadril, sendo eles, os dois ílios á direita e a esquerda, o sacro e o cóccix. A pelve é dividida em dois compartimentos pelve menor e pelve maior. O assoalho pélvico feminino é uma estrutura complexa constituída pelos tecidos conjuntivos, por músculos, fásCIAS e ligamentos. Atualmente, entende-se como assoalho pélvico todo conjunto de estruturas que dá suporte às vísceras abdominais e pélvicas. E possui a função de proteger os órgãos pélvicos e transmitir o peso do tronco para os membros inferiores na postura ereta. O prolapso de órgãos pélvicos é definido como o deslocamento permanente, parcial ou total, de qualquer segmento vaginal ou órgão pélvico da sua localização habitual, abrangendo a procidência das paredes vaginais ou do útero. Esta pesquisa teve como objetivo discorrer sobre os recursos fisioterapêuticos que podem ser utilizados na modalidade de tratamento conservador em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos. Para realização desta pesquisa, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com busca nas plataformas digitais e indexadas, nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos 2001 a 2020. Portanto, foi possível concluir que o prolapso genital pode causar limitações de vida diária das mulheres que são afetadas por esta disfunção do assoalho pélvico, e a fisioterapia como tratamento conservador pode ser capaz de minimizar os efeitos causados por esta disfunção. As modalidades de tratamento fisioterapêuticos apresentam uma eficácia nos resultados de treinamento muscular do assoalho pélvico e na prevenção das disfunções que o afetam.

**Palavras - chave:** Prolapso. Assoalho Pélvico. Modalidades de Fisioterapia. Tratamento Conservador.

## ABSTRACT

The bony pelvis is made up of four bones, the two hip bones, the two ilia on the right and the left, the sacrum and the coccyx. The pelvis is divided into two compartments, the smaller pelvis and the larger pelvis. The female pelvic floor is a complex structure made up of connective tissues, muscles, fascias and ligaments. Currently, a pelvic floor is understood to be any set of structures that support the abdominal and pelvic viscera. And it has the function of protecting the pelvic organs and transmitting the weight of the trunk to the lower limbs in an upright posture. Pelvic organ prolapse is defined as the permanent, partial or total displacement of any vaginal segment or pelvic organ from its usual location, encompassing the protrusion of the vaginal walls or uterus. This research aimed to explain about the physiotherapeutic resources that can be used in the conservative treatment modality in women with genital prolapse. In order to carry out this research, a bibliographic search was carried out, using digital and indexed platforms, in the Portuguese and English languages, published between 2001 and 2020. The physiotherapeutic treatment modalities are effective in the results of muscle training of the pelvic floor and in the prevention of dysfunctions that affect you. Therefore, it was possible to conclude that genital prolapse can cause limitations in the daily life of women who are affected by this pelvic floor dysfunction, and physical therapy as a conservative treatment may be able to minimize the effects caused by this dysfunction.

**Keywords:** Prolapse. Pelvic Floor. Modalities of Physiotherapy. Conservative Treatment.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ilustrações do períneo urogenital 1 e da região anal 2. ....	16
Figura 2 - Apresentação dos ossos da pelve .....	17
Figura 3 - Pelve maior e Pelve menor .....	17
Figura 4 - Músculos que compõe o assoalho pélvico .....	18
Figura 5 - Anatomia normal do Pavimento Pélvico.....	21
Figura 6 - Prolapso do recto – Rectocele .....	22
Figura 7 - Prolapso da bexiga – Cistocele.....	23

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escala de Oxford Modificada.....	24
Quadro 2 - Apresentação dos Estágios do teste POP-Q: Estádios.....	25

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AP	Assoalho Pélvico
EEV	Eletroestimulação Vaginal
EMG	Eletromiografia
EA	Elevadores do Ânus
IF	Incontinência Fecal
GH	Ginástica Hipopressiva
IU	Incontinência Urinária
MAP	Músculos do Assoalho Pélvico
PG	Prolapso Genital
POP	Prolapso de Órgãos Pélvicos
POP-Q	Sistema de Quantificação do Prolapso dos Órgãos Pélvicos
TMAP	Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO .....	14
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS .....	14
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>15</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
4.1 ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO .....	16
4.2 DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO .....	19
4.3 TRATAMENTO CIRÚRGICO .....	26
4.4 TRATAMENTO CONSERVADOR .....	27
4.4.1 Eletroestimulação .....	28
4.4.2 Cinesioterapia .....	28
4.4.3 Ginástica Hipopressiva .....	29
4.4 PREVENÇÃO DA PROGRESSÃO DO PROLAPSO DE ORGÃOS PÉLVICOS .....	31
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>322</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>333</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Prolapso de órgãos pélvicos (POP) é uma condição ginecológica que pode interferir profundamente a qualidade de vida das pacientes. E que na maior das vezes passa despercebido, porque muitas mulheres escondem a situação ou aceitam como consequência natural dos partos vaginais ou do envelhecimento (RODRIGUES et al., 2008).

Essa condição ginecológica resulta do desequilíbrio entre as forças que permanecem os órgãos pélvicos em sua posição regular e aquelas que tendem a impossibilitá-los para fora da pelve, decorrendo do deslocamento das vísceras pélvicas na direção caudal, no sentido ao hiato genital (BEZERRA et al., 2004).

A prevalência desta condição é aproximadamente de 22% em mulheres entre 18–83 anos, diversificando até 30%, em mulheres em torno dos 50 a 89 anos. O POP é a indicação principal de histerectomia em mulheres na pós-menopausa. Cerca de um quinto de todas as histerectomias (retirada total do útero) efetuadas, é em razão ao prolapso (LIMA et al., 2012).

Os fatores de riscos incluem: paridade, envelhecimento, histerectomia, constipação intestinal e obesidade. Nas mulheres brasileiras, os fatores de riscos averiguados foram macrossomia fetal, parto vaginal e história familiar positiva (PEREIRA; MEJIA, 2017).

A definição de prolapso genital envolve o cistocelo, retocelo, enterocelo, prolapso uterino e prolapso vaginal. Estes tipos de prolapso podem ocorrer isoladamente ou podem surgir numa combinação de um ou mais tipos (LOPES, 2012).

De acordo com o mesmo autor os sintomas variam de acordo com o grau do prolapso, a paciente pode apresentar corrimento vaginal, dor na barriga, sensação de algo saindo pela vagina, dificuldade em evacuar, dores nas relações sexuais e incontinência urinária.

Os tratamentos existentes para a correção do prolapso genital podem ser baseados em tratamento cirúrgico e tratamento clínico. Na abordagem cirúrgica, existe uma variedade grande de intervenções, por diversas vias de acesso, e uma complicada diversidade de materiais. Em relação a conduta clínica, possui a possibilidade da utilização de pessários vaginais (pessário é um dispositivo que ajuda a proporcionar suporte estrutural na correção desse distúrbio), há também as abordagens fisioterapêuticas (CÂNDIDO et al., 2012).

A fisioterapia pode atuar através de diversas técnicas que trabalham com o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, a eletroestimulação, o Biofeedback, o uso de cones vaginais, terapia manual e a cinesioterapia baseada nos exercícios de Kegel (DELGADO; FERREIRA; SOUSA, 2014).

O POP pode causar limitações de vida diária das mulheres que são afetadas por esta disfunção do assoalho pélvico, e a fisioterapia como tratamento conservador pode ser capaz de minimizar os efeitos causados por esta disfunção. As modalidades de tratamento fisioterapêuticos apresentam uma eficácia nos resultados de treinamento muscular do assoalho pélvico e na prevenção das disfunções que o afetam.

Na qual o objetivo desta pesquisa versa por discorrer sobre os recursos fisioterapêuticos que podem ser utilizados na modalidade de tratamento conservador em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO**

Discorrer sobre os recursos fisioterapêuticos que podem ser utilizados na modalidade de tratamento conservador em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos.

### **2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

- Apresentar a anatomia do assoalho pélvico;
- Discorrer sobre as principais causas do prolapso de órgãos pélvicos;
- Identificar os recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento de pacientes com prolapso de órgãos pélvicos;
- Descrever os benefícios do tratamento fisioterapêuticos em paciente com prolapso de órgãos pélvicos.

### **3 METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, realizada por meio de levantamento bibliográfico científico com caráter descritivo, que objetiva esclarecer sobre o tema proposto. Esse estudo foi baseado em artigos científicos disponíveis em bancos de dados indexados, como: Medline, PubMed, Lilacs/SciELO, Biblioteca Cochrane, Embase e PEDro, bem como os livros do Acervo Literário da Biblioteca Júlio Bordignon da FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente.

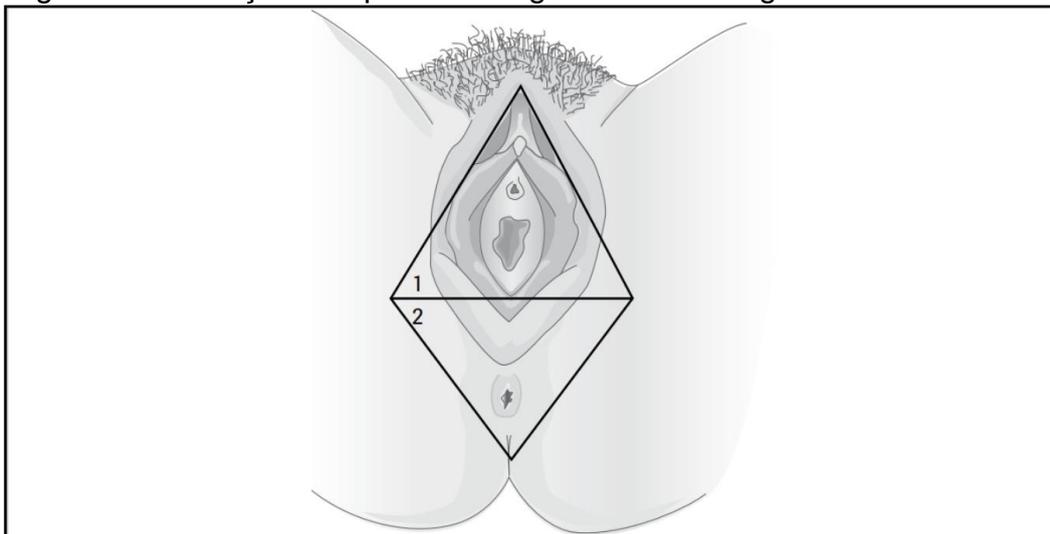
Utilizou-se os seguintes descritores para pesquisa, na língua portuguesa e inglesa: Prolapso / Prolapse; Assoalho Pélvico / Pelvic Floor; Modalidades de Fisioterapia / Physical Therapy Modalities e Tratamento Conservador / Conservative Treatment. Os critérios de inclusão foram trabalhos na íntegra, com livre acesso, em português e inglês, publicados entre os anos 2001 a 2020. Os critérios de exclusão foram periódicos sem relevância e embasamento para o estudo, inferiores ao ano de 2001.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO

O períneo é a região do corpo que se localiza na parte mais baixa do tronco e forma o fundo da pelve. Esta região sustenta inferiormente o tronco fixando-se sobre uma estrutura óssea que garante em parte sua estabilidade. O períneo é a região delimitada pela sínfise púbica (Figura 1); as duas tuberosidades isquiáticas e o cóccix tem a forma de um losango que pode ser dividida por uma linha transversal, unido entre as duas tuberosidades isquiáticas, com dois triângulos, um anterior e outro posterior, o triângulo anterior é denominado de períneo urogenital e o posterior de região anal (SOUZA, 2001).

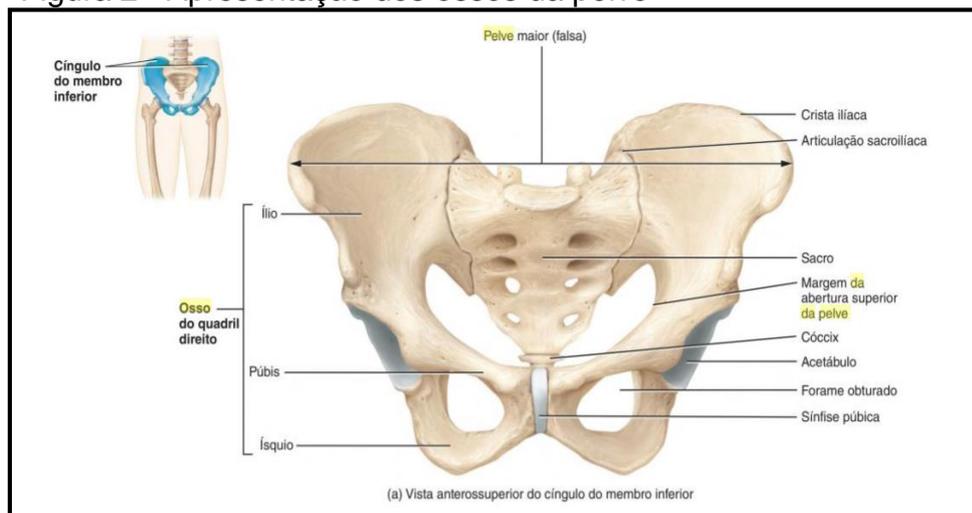
Figura 1 - Ilustrações do períneo urogenital 1 e da região anal 2.



Fonte: Moreno (2009).

A Pelve óssea é formada por quatro ossos, os dois ossos do quadril, sendo eles, os dois ílios á direita e a esquerda, o sacro e o cóccix que são parte da coluna vertebral e situada posteriormente a pelve (Figura 2) (SILVA APS; SILVA JS, 2003).

Figura 2 - Apresentação dos ossos da pelve

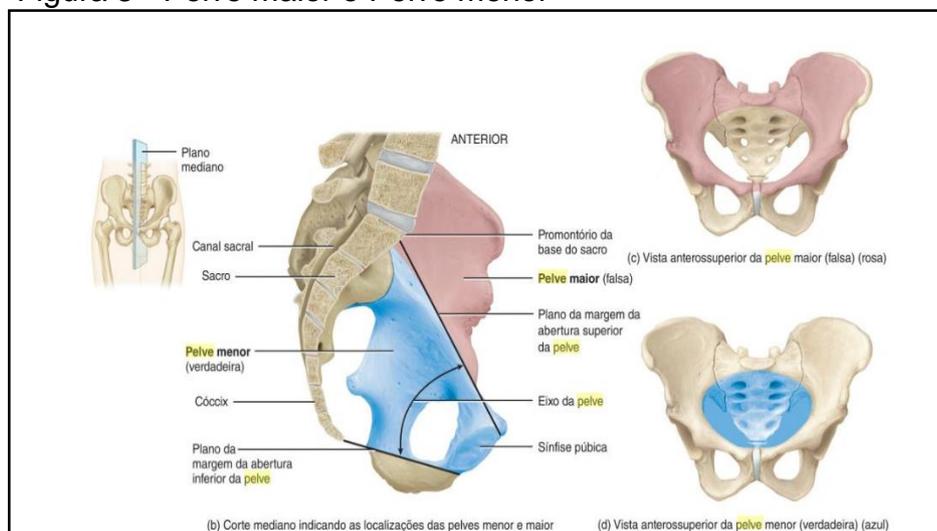


Fonte: Tortora; Derrickson (2017).

Os ossos da pelve articulam-se entre si, posteriormente o sacro articula-se com os ílios por meio da articulação sacroilíacas, anteriormente os dois púbis são reunidos por uma fibrocartilagem espessa de aproximadamente um centímetro, isso forma uma articulação, sínfise púbica (GERMAIN, 2005).

De acordo com o mesmo autor a pelve é dividida em dois compartimentos pelve menor e pelve maior. A pelve maior corresponde às vísceras abdominais contidas no peritônio (é uma membrana serosa que envolve a maioria das vísceras abdominais), na pelve menor encontra as vísceras abdominais mais baixas, essas vísceras são sustentadas por músculos que constituem o denominado assoalho muscular pélvico (Figura 3).

Figura 3 - Pelve maior e Pelve menor



Fonte: Tortora; Derrickson (2017).

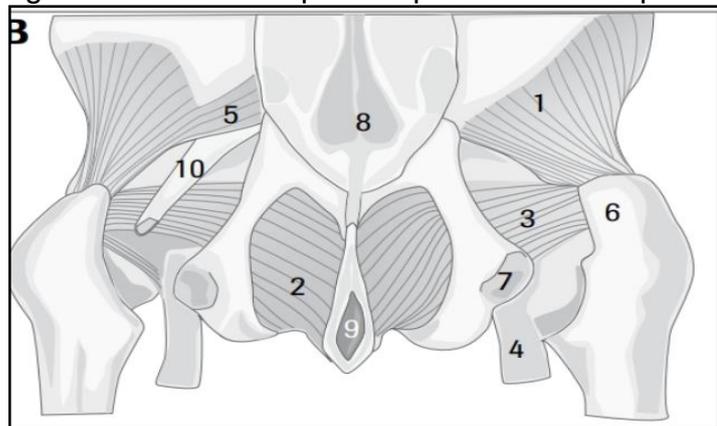
A pelve apresenta o papel de proteger os órgãos pélvicos e repassar o peso do tronco para o acetábulo passando por uma linha arqueada, portanto, para os membros inferiores na postura ereta, as paredes laterais e posterior estão revertida pelos os músculos obturador interno, piriforme e coccígeo. Ela serve também de fixação para os músculos (BARACHO, 2007).

Para o mesmo autor os órgãos genitais externos feminino: estende-se do púbis até o períneo. É constituída pela seguinte estrutura; monte púbico, grandes e pequenos lábios, bulbo do vestíbulo, glândulas vestibulares e clitóris. Os órgãos genitais interno feminino são constituídos pela vagina, útero, ovários, trompas uterinas, reto e trato urinário.

O assoalho pélvico feminino é uma estrutura complexa constituída pelos tecidos conjuntivos, por músculos, fâscias e ligamentos. Atualmente, entende-se como assoalho pélvico uma junção de estruturas que fornece suporte às vísceras pélvicas e abdominais. O assoalho pélvico feminino é separado em três partes: anterior (uretra e bexiga), médio (vagina) e posterior (reto). No entanto, os músculos do assoalho pélvico (MAP) é definido como uma camada muscular, que apresenta como uma das funções principais, a manutenção da continência fecal e urinária, o auxílio no suporte dos órgãos pélvicos, e ainda um papel fundamental na sexualidade feminina (BARBOSA, 2017).

Músculos que compõe o assoalho pélvico (Figura 4): 1 m. glúteo médio; 2 m. levantador do ânus; 3 m. obturador externo; 4m. inserção proximal dos mm. isquiotibiais; 5 m. piriforme; 6m. trocanter maior do fêmur; 7m. túber isquiático; 8m. cóccix; 9m. ânus; 10 m. isquiático (MORENO, 2009).

Figura 4 - Músculos que compõe o assoalho pélvico



Fonte: Moreno (2009).

Diafragma pélvico separa a cavidade pélvica, acima de uma região, abaixo, chamada de períneo. O diafragma pélvico é constituído pelos músculos elevadores do ânus e coccígeos. Os músculos elevadores do ânus (EA) formam a maior parte do diafragma pélvico, juntos formam um anel que sustenta e mantém as vísceras pélvicas em seus lugares (BORIN, 2006).

Os coccígeos são pequenos músculos do diafragma pélvico e ajudam os músculos EA no papel de sustentação das vísceras e assim aumentando a resistência do assoalho pélvico em relação a pressão intra-abdominal, este caso pode favorecer o desenvolvimento das disfunções do assoalho pélvico (BORIN, 2006).

#### 4.2 DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO

Com decorrer do tempo todas as situações que exigem aumento da pressão intra-abdominal como: a idade, paridade, obesidade, levantar objetos pesados, praticar esporte de alto impacto, sobrecarregam os músculos do assoalho pélvico, desse modo, desse modo, vai enfraquecendo gradativamente MAP deixando propício as disfunções (HIGA; LOPES; REIS, 2008; FITZ et al., 2012).

As disfunções do assoalho pélvico afetam em torno de um terço das mulheres adultas durante a vida. Dentre elas, as mais frequentes são incontinência urinária (IU) com uma porcentagem de 16% das mulheres, logo pós a incontinência fecal (IF) em 9% e por fim o prolapso de órgãos pélvicos (POP) em 3%. Além disso, as disfunções sexuais, que possui a estimativa em torno de 33% a 43% de queixas sexuais na população feminina em idade reprodutiva (CASSIANO et al., 2013).

O prolapso de órgãos pélvicos é designado como o deslocamento total, parcial ou permanente, de qualquer órgão pélvico ou segmento vaginal da sua localização normal, envolvendo a procidência do útero ou das paredes vaginais (CARRAMÃO et al., 2009).

Devido ao aumento do peso no útero durante o período gestacional, tipos de partos, cirurgias pélvicas e o hipoestrogenismo, podem aumentar ou provocar deficiência na função dos MAP na mulher, pois isso provoca uma pressão contra os MAP, fazendo com que estes músculos percam a capacidade de se contrair normalmente (ALMEIDA et al., 2011).

Moccellin, Rett e Driusso (2016), realizaram um estudo observacional com 19 primigestas, entre 18-30 anos de idade. As gestantes foram submetidas a avaliações da função dos MAP por meio da EMG (eletromiografia é um método de avaliação que é utilizado para avaliar a função dos MAPs com uso de sensor vagina), entre as 24<sup>a</sup>-28<sup>a</sup> e 34<sup>a</sup>-36<sup>a</sup> semanas gestacionais e foi possível observar que durante a gestação, 15,8% apresentaram sobrepeso e 15,8% estavam obesas. Esse dado torna-se fundamental, uma vez que a obesidade eleva a pressão sobre o AP (assoalho pélvico), acarretando tensão crônica e enfraquecimento de nervos e músculos, o que podem desencadear disfunções do assoalho pélvico.

O prolapso de órgãos pélvicos é uma condição ginecológica que pode interferir intensamente a qualidade de vida de inúmeras mulheres, acarretando impacto social, financeiro e psicológico. Sendo considerada uma hérnia do conteúdo pélvico ou intraperitoneal no canal vaginal e é mais conhecida popularmente como bexiga caída, pois esse acometimento ocorre devido o enfraquecimento da MAP que são responsáveis pelo suporte dos órgãos pélvicos (RODRIGUES et al., 2009).

Essa condição ginecológica decorre do desequilíbrio do suporte dos órgãos pélvicos. Pois para manter o equilíbrio do suporte dos órgãos os sistemas, de suspensão e de sustentação precisam estar íntegros. O sistema de suspensão possui como estruturas principais os ligamentos transversos, pubovesicouterinos e uterossacros (RESENDE et al., 2010).

Contudo o sistema de sustentação é constituído por músculos, e apresenta como principal componente o levantador do ânus contendo seus três feixes – pubococcígeo, ileococcígeo e puborretal. Essa sustentação acontece através da contração proposital dos músculos do assoalho pélvico, que executa levantamento e compressão em torno da vagina, uretra e ânus, fornecendo suporte estrutural horizontal nos órgãos pélvicos. Entretanto, imagina-se que a integridade do assoalho pélvico reduz as possibilidades de desenvolvimento do prolapso de órgãos pélvicos (RESENDE et al., 2010).

O desequilíbrio entre as forças que permanecem os órgãos pélvicos em sua posição regular gera uma pressão contra as vísceras pélvicas resultando no deslocamento das mesmas no sentido caudal, em direção ao hiato genital, como consequência desse desequilíbrio, acarretando no POP (LIMA, et al., 2012).

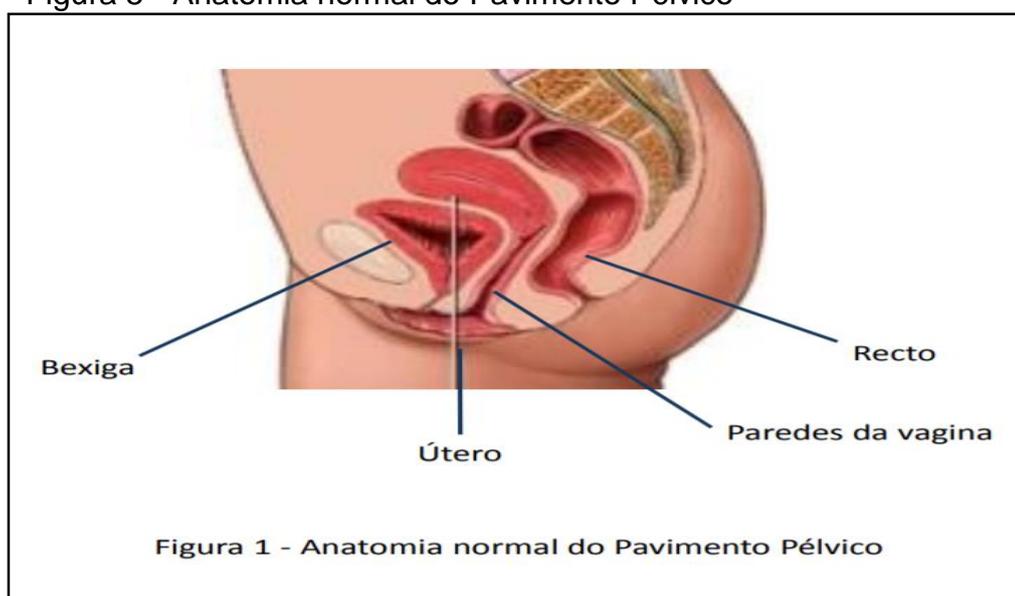
De acordo com o mesmo autor, os dados epidemiológicos dessa patologia são difíceis de serem conseguidos, pois muitas mulheres escondem o problema, muitas das vezes por vergonha, falta de conhecimento sobre o assunto ou aceitam como consequência natural do envelhecimento ou dos partos vaginais. A prevalência desta condição é aproximadamente de 21,7% em mulheres de 18–83 anos, variando de 30% nas mulheres entre 50 e 89 anos.

Em um estudo de revisão bibliográfica realizada por Cândido et al. (2012), relata que a cada ano aproximadamente 300–400 mil mulheres norte-americanas são submetidas a métodos cirúrgicos para incontinência urinária e correção de prolapso pélvico. Cerca de 30% dessas cirurgias são reparações, pelo fato das mulheres que fez o procedimento cirúrgico não se prevenir, mesmo depois do procedimento cirúrgico é necessária uma reabilitação da MAP para evitar que os órgão pélvicos voltem a decair.

Os elementos de risco envolvem: paridade, envelhecimento, histerectomia, constipação intestinal e obesidade. Nos indivíduos brasileiros, os fatores de risco determinados foram macrossomia fetal (recém-nascido com peso igual ou superior a 4.000 g) e parto vaginal (CÂNDIDO et al., 2012).

Existem diversos tipos de prolapsos e na mesma mulher pode coexistir mais do que um, pois os órgãos pélvicos e as suas sustentações estão interrelacionadas (Figura 5) (CANDOSO, 2010).

Figura 5 - Anatomia normal do Pavimento Pélvico

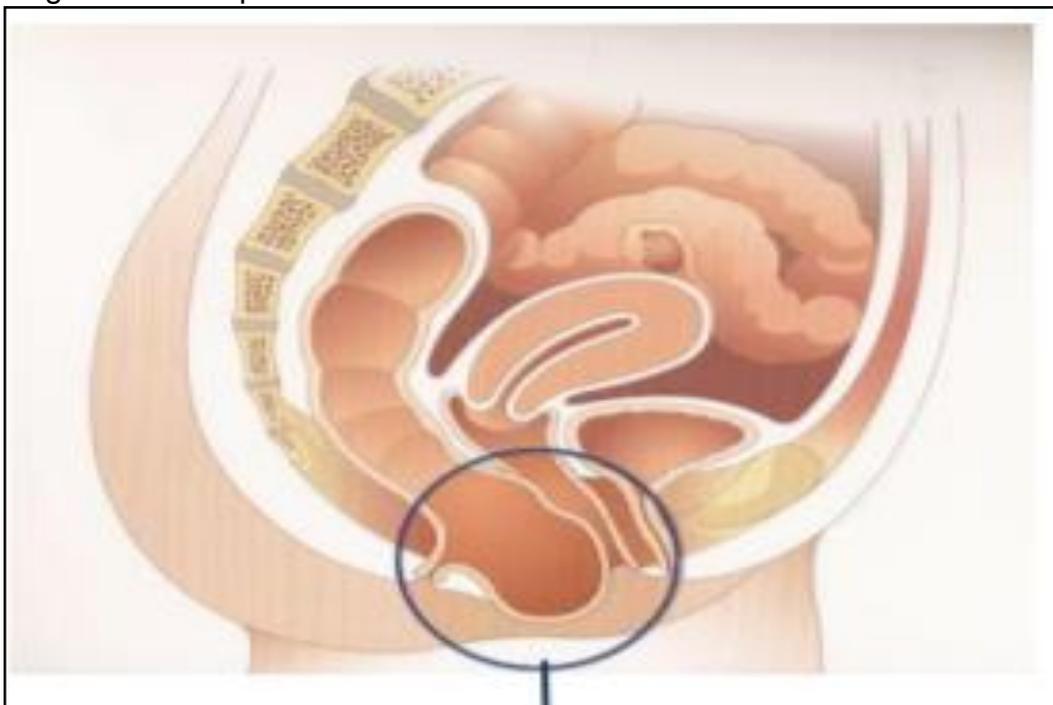


Fonte: Candoso (2010).

Dentre os inúmeros tipos de prolapso estão o uterino, cistocele, retocele e enterocele são tradicionalmente utilizados para descrever a localização da protrusão, porém existem outras designações para o prolapso como, por exemplo: prolapso apical da parede vaginal, prolapso da parede vaginal posterior, prolapso da parede vaginal anterior, prolapso perineal, prolapso cervical e prolapso retal (LIMA et al., 2012).

A Retocele é denominada como uma herniação da parede retal anterior e também da vaginal posterior, estando localizada dentro da cavidade da vagina (Figura 6). Desse modo, existem 2 tipos: alta e baixa. Na Retocele alta possui concomitância de prolapso urogenital. Já a retocele baixa é mais comum, sendo caracterizada como um defeito isolado da parte supra esfíncteriana no septo reto vaginal. A manifestação principal é a defecação obstruída, dentre outros sintomas englobam plenitude retal, evacuação incompleta, sensação de peso vaginal durante a defecação, sangramento retal e dor (BALDEZ, 2005).

Figura 6 - Prolapso do recto – Rectocele



Fonte: Candoso (2010).

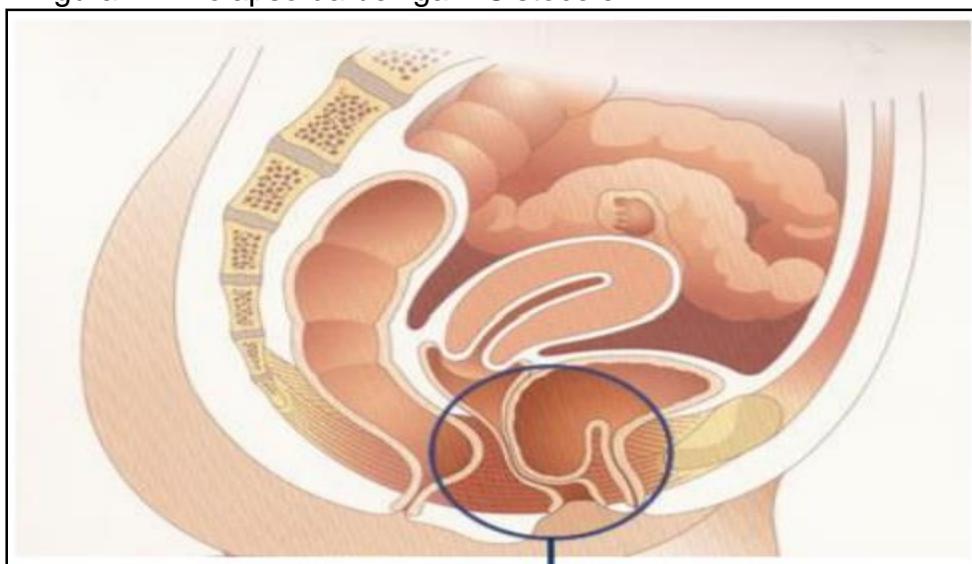
Prolapso de cúpula vaginal é definido como qualquer descenso da cicatriz da cúpula vaginal após histerectomia (remoção de parte ou da totalidade do útero) ou

do colo, além do ponto localizado a 2 cm abaixo do comprimento total da vagina e acima do plano do hímen (BARBOSA, 2005).

Enterocel é a protusão do intestino delgado para a vagina. Ocorre quando o fundo de saco peritoneal e o seu conteúdo faz herniação para o espaço reto-vaginal. Deve-se a flacidez do anel pericervical (BARBOSA, 2005).

Cistocele é definida como a saída da base da bexiga ao nível da parede anterior da vagina. Durante o exame clínico observa-se um abaulamento da parede vaginal anterior (Figura 7) (RODRÍGUEZ, 2011).

Figura 7 - Prolapso da bexiga – Cistocele



Fonte: Candoso (2010).

Prolapso uterino ou histerocel é definida como a queda do útero, ou seja, quando o útero se desloca do seu ponto fixo e começa a descer pelo canal da vagina. Podendo ser a queda de todo o útero (histerocel ou histeroptose), queda do colo do útero traqueocel e fundo vaginal após histerectomia ou colpocele de fundo (RODRÍGUEZ, 2011).

O diagnóstico é realizado através de análise e graduação da função muscular do assoalho pélvico, envolvem inspeção, palpação, avaliação de força de pressão, eletromiografia, perineometria e descrição das manifestações funcionais. Na execução da palpação vaginal digital, insere os dedos médio e indicador em torno de seis centímetros do introito vaginal, requisitando-se a contração dos MAP. Dessa maneira, a força dos MAP são classificadas conforme a escala de Oxford modificada (ASSIS et al., 2013).

Desta forma a eletromiografia é um dispositivo que utiliza eletrodos de superfície para captar a atividade elétrica das unidades motoras do assoalho pélvico, ou seja, tem a capacidade de mensurar a atividade elétrica de várias unidades motoras ao mesmo tempo. Vale ressaltar que a eletromiografia capta as atividades elétricas promovidas pelo recrutamento das unidades motoras e não a força muscular (RESENDE et al., 2011).

Sendo assim a inspeção envolve uma análise visual de como se encontra a paciente, através da palpação vai ser possível identificar o estado da musculatura, na avaliação de força de pressão utiliza a perineometria que é uma sonda elástica que se introduz no canal vaginal, para identificar a pressão da força muscular pélvica da paciente. Dessa maneira, a força dos MAP é classificada conforme a escala de Oxford modificada, onde esta sendo demonstrada no quadro 2: (CAROCI et al., 2014).

Quadro 1: escala de Oxford modificada

Grau 0	Sem contração;
Grau 1	Esboço de contração muscular não sustentada;
Grau 2	Contração de pequena intensidade, mas que se sustente;
Grau 3	Contração moderada, com um aumento de pressão intravaginal, comprimindo os dedos, e apresentando pequena elevação da parede vaginal;
Grau 4	Contração satisfatória, que aperta os dedos do examinador, com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica;
Grau 5	Contração forte, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica.

Fonte: CAROCI et al.,(2014).

A perineometria é um dispositivo que possibilita a aferição, de forma indireta, da força de contração, uma vez que registra a pressão exercida pela contração perineal. Esse registro é fornecido em centímetros de água. A sonda vaginal foi inserida, logo após ser revestida por preservativo sem lubrificante, a três centímetros do introito vaginal (ASSIS et al., 2013).

Existem alguns testes para saber se o assoalho pélvico está enfraquecido, como teste de estresse que indica a incontinência urinária. Esse teste é avaliado com a paciente de pé, com os pés afastados, com a distância entre os ombros, a

paciente é solicitada a tossir repetidamente, a fazer força como numa evacuação e a realizar movimentos únicos e fortes de tosse. Se por a caso houver uma perda imediata de urina confirma o diagnóstico de enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico (ARAÚJO; MEJIA, 2015).

Além de saber o estágio do prolapso é de suma importância realizar a avaliação das condições musculares do assoalho pélvico existem algumas técnicas para avaliação da força e função da musculatura do assoalho pélvico, sendo elas técnicas para mensurar a habilidade de contração, por meio da observação clínica, ultrassom, palpação vaginal, eletromiografia ou ressonância magnética e através de manometria, cones vaginais, palpação vaginal esse método vai quantificar a força exercida. (GOUVEIA et al., 2013).

De acordo com Cohen (2013), o prolapso genital possui seus graus, e através dos mesmos será possível traçar uma conduta a ser seguida. E por meio da ressonância magnética e ultrassonografia é possível identificar o estágio de descida de cada um dos compartimentos.

Além dos exames de imagens á testes para quantificar os graus do prolapso, o Pelvic Organ Prolapse Quantification System - POP-Q (Sistema de Quantificação do Prolapso dos Órgãos Pélvicos) foi desenvolvido em 1996, ele quantifica o nível do prolapso em estádios de 0 a 4, segundo a severidade. O ponto de referência para sua classificação é o anel himenal. O teste POP-Q é a atual técnica para quantificar o prolapso, para a realização deste teste é orientado ao paciente realizar uma contração abdominal, ou seja, a manobra de valsava (PAGOTTO, 2009). Observe o quadro 1, a seguir:

Quadro 2 - Apresentação dos Estádios do teste POP-Q: Estádios

Estágio 0	Sem alterações no decorrer das manobras de esforço
Estágio 1	Alterações de suporte (prolapso) até 1 cm das pregas himenais
Estágio 2	Prolapso 1 cm acima e abaixo das pregas himenais
Estágio 3	Prolapso 1 cm além das pregas himenais sem eversão completa
Estágio 4	Eversão vaginal completa

Fonte: Pagotto (2009).

#### 4.3 TRATAMENTO CIRURGICO

As disfunções do assoalho pélvico (AP) como a incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos são definidos como distúrbios que podem acontecer associados ou isoladamente e são ocasionados por disfunções dos ligamentos, fâscias e MAP (SILVA FILHO et al., 2013).

O manejo do POP baseia-se em um tratamento conservador ou cirurgia, levando em conta as vontades da mulher e das condições clínicas. Vale destacar que o tratamento para pacientes com prolapso de órgãos pélvicos deve ser sempre individualizado, possuindo como meta o alívio dos sintomas. O tratamento do POP tem como objetivo restabelecer a função sexual, restaurar ou manter as funções intestinais e urinárias (CASTRO, 2006).

As técnicas cirúrgicas de reconstrução pélvica podem ser efetuadas por via vaginal ou abdominal. Vai depender da escolha do paciente por qual via vai querer que seja efetuada a cirurgia, mas essas duas vias podem ser igualmente eficazes (CANDOSO, 2010).

O tratamento cirúrgico é indicado para aquelas mulheres que não deseja realizar o tratamento conservador e que não se sintam à vontade para realizá-lo, ou que já realizaram o tratamento conservador, mas não teve muita eficácia. A finalidade da correção cirúrgica é restaurar a anatomia, aliviar as manifestações e corrigir modificações funcionais dos órgãos pélvicos. Na população feminina em idade reprodutiva que desejam engravidar, determinam-se cirurgias conservadoras, protegendo o útero. Em todas as demais, indica-se as cirurgias radicais, isto é, a retirada total do útero (HORST; SILVA, 2016).

De acordo com o mesmo autor foi realizado um ensaio clínico com 447 mulheres que realizaram fisioterapia uroginecológica com manifestações de prolapso de órgãos pélvicos, averiguou uma melhora dos sintomas quando comparadas ao grupo controle e mudanças no hábito de vida.

#### 4.4 TRATAMENTO CONSERVADOR

No caso do tratamento conservador a fisioterapia atua isoladamente, no caso de POP leve, a fisioterapia também pode estar atuando associada com a cirurgia. O tratamento conservador, não é uma abordagem curativa e sim uma forma de eliminar os sintomas e melhorar a qualidade de vida, e inclui uso de dispositivos para diminuição do prolapso, exercícios da musculatura pélvica e eliminação dos fatores agravantes (SANTOS, 2013).

A fisioterapia tem assumido um importante papel na reabilitação das pacientes com POP, o objetivo do tratamento é aumentar a resistência dos músculos do assoalho pélvico, prevenir a evolução do POP, reduzir a frequência ou gravidade dos sintomas urinários e prevenir ou retardar a necessidade da cirurgia (SILVA FILHO, 2013).

Atualmente, o tratamento conservador está determinado para pacientes com sintomas de nível leve, é considerada a primeira opção na conduta terapêutica. Nas situações com indicação cirúrgica, o propósito principal é a restauração da estrutura anatômica do assoalho pélvico, com pouquíssima morbidade das funções intestinais, vesicais e sexuais (LOPES et al., 2017).

Os exercícios do AP são comumente efetuados e constituem a técnica principal fisioterápica no tratamento de POP. As modalidades de tratamento fisioterapêuticos possuem uma grande eficácia nos resultados de treinamento muscular do assoalho pélvico e na prevenção das disfunções que o afetam, as técnicas utilizadas estarão descritas a seguir (GRANDI, 2019).

De acordo com uma pesquisa realizada por Camillato, Barra e Silva Júnior (2012), os autores constataram que as técnicas fisioterapêuticas conseguem melhorar os constituintes dos nervos e músculos do sistema de apoio dos órgãos pélvicos. O treinamento desses músculos que compõe o assoalho pélvico é eficaz, pois ocasiona à hipertrofia das fibras dos músculos e recrutamento maior de neurônios motores ativos, possibilitando elevação constante da musculatura do AP e suporte melhor para as vísceras localizadas dentro da pelve. O autor ressalta também que o Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico (TMAP) proporciona contração muscular rápida e forte do que AP, que é uma opção menos invasiva e não apresenta efeitos colaterais.

#### 4.4.1 Eletroestimulação vaginal (EEV)

A eletroestimulação vaginal (EEV) é obtida por uma estimulação elétrica do nervo podendo após a introdução de um eletrodo vaginal ou anal permitir o fortalecimento muscular pélvico (MASCARENHAS, 2011). Pois ela promove a contração do AP em pacientes incapazes de realizá-la voluntariamente (CORREIA; BOSSINI; DRIUSSO, 2011).

Considera-se que o estímulo elétrico seja apto de elevar a pressão intra-uretral, através da estimulação contínua dos nervos eferentes para a musculatura periuretral, porém também eleva o fluxo sanguíneo para os músculos do assoalho pélvico e da uretra, restabelece as conexões neuromusculares, além de aperfeiçoar o papel da fibra muscular, hipertrofiando e mudando o seu padrão de ação, com o acréscimo da quantidade de fibras musculares rápidas (CASTRO et al., 2008; SANTOS et al., 2009).

#### 4.4.2 Cinesioterapia

A cinesioterapia é uma terapêutica por meio de movimentos, possuindo como fundamento movimentos voluntários repetidos que possibilitam a resistência a fadiga, elevação da força muscular, melhorando a coordenação muscular, flexibilidade e mobilidade. Ela é empregada na terapia fisioterápica para o fortalecimento do assoalho pélvico, trabalhando os músculos de forma ativa conforme orientada (BUZO et al., 2017).

Dentre os métodos de cinesioterapia para reeducação perineal, a mais usada e conhecida são os exercícios de Kegell, que se baseiam em contrações sistematizadas e controladas dos músculos do assoalho pélvico (sem contrair outros músculos corporais) que proporcionam a elevação da capacidade de contração voluntária e reflexa dos grupos musculares, aperfeiçoando a função esfinteriana. Dessa forma, as contrações devem ser repetitivas e fortes, sendo permanecidas pelo tempo maior possível; e o fisioterapeuta analisa a ausência ou não de contração dos músculos abdominais, glúteos e quadris (ARAÚJO; MEJIA, 2015).

Existem mulheres que não consegue realizar a contração dos músculos do assoalho pélvico adequadamente e para que elas possa executar os exercícios de Kegell corretamente, é primordial o *biofeedback*, ele serve essencialmente como uma ferramenta de ensino para que as pacientes compreenda corretamente como efetuar as contrações do pavimento pélvico (MASCARENHAS, 2011).

Knorts et al. (2012), realizou um estudo com 48 mulheres de idade entre 35 a 78 anos. As participantes foram submetidas ao tratamento fisioterapêutico com cinesioterapia por 15 minutos e eletroestimulação perineal por 10 minutos, em uma única sessão semanal, por 15 semanas. Ao término das 15 sessões, eram reavaliadas pelo mesmo examinador. Portanto foi concluído que a eletroterapia associada à cinesioterapia é eficaz para tratar ou curar os sintomas de IU, associada ou não ao prolapso pélvico, pois eles aumentam a função muscular do assoalho pélvico.

#### 4.4.3 Ginástica Hipopressiva (GH)

Os exercícios da Ginástica Hipopressiva (GH), são realizados em três sequências, a primeira realiza uma inspiração diafragmática lenta e profunda, a segunda uma expiração completa e a terceira inspiração diafragmática, onde acontece progressiva contração dos músculos intercostais e abdominais profundos, e aumento das cúpulas diafragmáticas (GUIMARÃES; ARAÚJO, 2015).

Vale ressaltar que os músculos da parede abdominal, o diafragma respiratório e o assoalho pélvico atuam em conjunto, e contribuem para o funcionamento fisiológico da pelve. A GH trabalha a respiração diafragmática para proporcionar ativação conjunta do diafragma pélvico e foi proposta como alternativa para a terapêutica das disfunções do assoalho pélvico, pois dentre suas utilizações, encontra-se a melhora da propriocepção dos MAP (METRING et al.,2014).

Guimarães e Araújo (2015), realizaram um estudo comparativo entre exercícios de kegel e GH, com 14 participantes com idade de 20 a 35 anos, o grupo foram divididos em dois grupos de 7 pessoas cada um. Foi avaliado as forças musculares antes e após cada 10 sessões. O estudo foi realizado da seguinte forma, em uma maca, as participantes ficavam em decúbito dorsal com os joelhos fletidos. Foram realizadas 10 intervenções com duração de 20 minutos cada, sendo três

encontros semanais. Foi utilizado o protocolo de três séries com oito repetições mantidas pelos segundos de endurance (contração mantida) e o repouso entre as repetições eram o dobro do tempo de sustentação. Concluíram que ambas as técnicas utilizadas podem ajudar no ganho de força muscular dos MAP, mas o grupo que realizaram os exercícios de kegel ganhou força muscular mais rápido.

Além dos exercícios para o fortalecimento da MAP existem alguns dispositivos, tais como os pessários e os cones vaginais que é uma maneira simples e prática de determinar a fraqueza e fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, empregando os princípios do biofeedback (ele é um conjunto de técnica que serve para o indivíduo nos passar informação de devida função). Os cones são definidos como dispositivos de mesmo volume e forma, com peso por volta de 20 a 100 gramas, o que estabelece para o cone um número modificável de um a nove. A análise consiste em determinar qual cone a usuária consegue reter na vagina por um minuto, com ou sem contração voluntária dos músculos do assoalho (SANTOS et al.,2009).

Pessários vaginais são anéis médicos de borracha que é inserido na vagina para proporcionar suporte estrutural, são usados para apoiar o útero, a vagina, a bexiga ou o reto, é uma opção de tratamento do POP e para mulheres que não querem submeter a uma cirurgia. A taxa de sucesso na colocação do pessário terapêutico é de 65 a 86%, com alívio dos sintomas em 65-89% dos pacientes (COELHO et al., 2017).

O mesmo autor relata que esse dispositivo melhora na qualidade de vida e função sexual e diminui os sintomas vaginais e são poucas contraindicações na utilização do pessário. Atualmente, existem poucos dados sobre o uso deste dispositivo e os possíveis sintomas associados ao seu uso. Recentes estudos mostram que as queixas mais comuns são desconfortos genitais, aumento do corrimento vaginal e mau cheiro.

Coelho (2020), realizou um estudo bibliográfico comparando a eficácia dos dois tipos de pessários, onde o mesmo relatou que em um estudo clínico com dois grupos de mulheres, um grupo utilizou o pessário anel (suporte) e outro grupo utilizou 19 pessários oclusivo (Gelhorn). Após 3 meses, houve troca do tipo de pessário. O estudo demonstrou que ambos os modelos foram efetivos e equivalentes no tratamento do POP, proporcionando o alívio dos sintomas de POP e

de outros sintomas relacionados a disfunções pélvicas. Desta forma, concluíram que os pessarios de suporte possam ser empregados como primeira escolha, independentemente do nível de prolapso e que o modelo mais utilizado é o Gellhorn, principalmente para POP com estágios mais avançados como no caso do (III e IV).

#### 4.4 PREVENÇÃO DA PROGRESSÃO DO PROLAPSO DE ORGÃOS PÉLVICOS

A prevenção objetiva à execução de exercícios que eleva a força da MAP. O fortalecimento desses músculos é muito importante não só quando apresenta alguma disfunção, mas sim durante a vida toda. Através de exercícios simples a fisioterapia tem um grande papel na reabilitação e na prevenção das disfunções do AP. Os exercícios do assoalho pélvico fundamentam-se no princípio das contrações frequentes que podem elevar a resistência muscular e a força, melhorando a função dos músculos do assoalho pélvico, aperfeiçoando a sustentação da região pélvica (PEREIRA; MEJIA, 2017).

No estudo de Silva Filho et al. (2013), analisaram que só a cirurgia não corrige o prolapso, é necessário que a fisioterapia atue de forma conservadora para reduzir os sintomas que podem aparecer após a cirurgia. E no seu estudo avaliaram que o TMAP no pré-cirúrgico de POP melhora os sintomas depois da cirurgia e previne recorrência. Portanto, concluíram que o TMAP pode diminuir as manifestações do AP e melhorar a qualidade de vida depois da cirurgia de POP.

De acordo com o mesmo autor a reabilitação do assoalho pélvico tem sido verificada em mulheres com prolapso genital submetidas a processos cirúrgicos, como terapêutica coadjuvante. Vale ressaltar que após o tratamento cirúrgico a importância da utilização de técnicas para fortalecimento muscular, os exercícios melhoram inclusive a flexibilidade das fâscias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto conclui se que a pelve é formada por quatro ossos, por tecidos conjuntivos, por músculos, fáscias e ligamentos. Deste modo a pelve é responsável pela sustentação das vísceras do assoalho pélvico e abdominais.

Sendo assim existem alguns fatores que contribuem para que ocorra disfunções do assoalho pélvico, tais como a idade, pegar peso, pratica esporte de alto impacto, macrosomia fetal, histerectomia, partos vaginais e obesidade, isso com o passar do tempo fazem com que esses músculos percam sua capacidade de se contrair e relaxar normalmente e como consequência pode vir acarretar algumas disfunções pélvicas como POP, IU e disfunções sexuais.

As modalidades de tratamento fisioterapêuticos possuem uma eficácia nos resultados de treinamento muscular do assoalho pélvico e na prevenção das disfunções que o afetam. Dentre os recursos utilizados pela fisioterapia na correção do POP estão as técnicas de cinesioterapia que incluem os exercícios de kegel, ginástica hipopressiva, a eletroestimulação vaginal, o *biofeedback*, cones e pessários vaginais. Esses exercícios são realizados com finalidade de promover o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico.

Pois o treinamento desses músculos que compõe o assoalho pélvico é eficaz, pois leva à hipertrofia das fibras dos músculos e maior recrutamento de neurônios motores ativos, promovendo elevação permanente da musculatura do AP e suporte melhor para as vísceras dentro da pelve.

A importância desse estudo foi fundamental para saber que a fisioterapia como tratamento conservador possui um papel significativo na diminuição e correção dos sintomas das disfunções do assoalho pélvico. Desta forma sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas na área, a fim de elucidar os benefícios da fisioterapia e seus métodos de tratamentos para a correção do prolapso.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Maria Beatriz Alvarenga et al. Disfunções de assoalho pélvico em atletas. **FEMINA**, v.39, n.8, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n8/a2695.pdf>. Acesso em: 12 out.2019.
- ASSIS, Thaís Rocha et al. Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de múltiparas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.35, n.1, p. 10-15, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032013000100003](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000100003). Acesso em: 12 out.2019.
- BALDEZ, José Ribamar. Correção Cirúrgica Endo Anal da Retocele Importância do Anismus. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 25, n. 1,p.41-45, 2005. Disponível em: [https://www.sbcpr.org.br/revista/nbr251/P41\\_45.htm](https://www.sbcpr.org.br/revista/nbr251/P41_45.htm). Acesso em: 12 out. 2019.
- BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada á Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastectologia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 1-7.
- BARBOSA, Rui Nogueira. **Correlação entre distopia urogenital e bexiga hiperativa em mulheres com incontinência urinária de esforço**. 2005. 61f. Tese (Doutorado em Cirurgia), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/311595/1/Barbosa\\_RuiNogueira\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/311595/1/Barbosa_RuiNogueira_D.pdf). Acesso em: 19 mar. 2020.
- BARBOSA, Thayssa Bruna Nascimento. **Importância do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico como tratamento da incontinência urinária na mulher: uma revisão de literatura**. 2017. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação em Fisioterapia do Assoalho Pélvico), Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12282/1/51600822.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.
- BEZERRA, Leonardo Robson Pinheiro Sobreira et al. Comparação entre as terminologias padronizadas por Baden e Walker e pela ICS para o prolapso pélvico feminino. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, 2004. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032004000600004](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000600004). Acesso em: 12 jan. 2020.
- BORIN, L. C. M. S. **Avaliação pressórica da musculatura do assoalho pélvico de mulheres jovens atletas**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher), Universidade Metodista de Piracicaba. Piracicaba, 2006.
- BUZO, Denise Fernanda da Costa et al. **A importância do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na satisfação sexual feminina**. 17º Congresso Nacional de Iniciação Científica, 2017. Disponível em: <http://conic-semesp.org.br/anais/files/2017/trabalho-1000025308.pdf>. Acesso em: 12 out. 2019.

CAMILLATO, Elaine Spinassé; BARRA, Alexandre de Almeida; SILVA JÚNIOR, Agnaldo Lopes. Incontinência urinária de esforço: fisioterapia versus tratamento cirúrgico. **FEMINA**, v.40, n.4, 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=668407&indexSearch=ID>. Acesso em: 11 out. 2019.

CÂNDIDO, Eduardo Batista et al. Conduta nos prolapso genitais. **FEMINA**, v. 40, n. 2, p.97-104, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n2/a3098.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

CAROCCI, Adriana de Souza et al. **Avaliação da força muscular perineal no primeiro trimestre da gestação**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 6, p. 893-901, 2014.

CANDOSO, Bercina. **Prolapso dos Órgãos Pélvicos**. 2010. Disponível em: [https://www.apnug.pt/docs/docs/prolapso\\_dos\\_orgaos\\_pelvicos.pdf](https://www.apnug.pt/docs/docs/prolapso_dos_orgaos_pelvicos.pdf). Acesso em: 12 out. 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. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 65-72, 2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912009000100012&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912009000100012&script=sci_arttext). Acesso em: 02 dez. 2019.

CASSIANO, Anita Schertel et al. Impacto das disfunções do assoalho pélvico na sexualidade feminina. **Acta Médica**, Porto Alegre, v. 34, n.5, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-880506>. Acesso em: 22 jun. 2020.

CASTRO, Edilson Benedito. **Avaliação da colpofixação sacroespinal para o tratamento do prolapso genital apical, através do sistema de quantificação do prolapso dos órgãos pélvicos**. 2006.72f. Dissertação (Mestrado em Cirurgia), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312271/1/Castro\\_EdilsonBeneditode\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312271/1/Castro_EdilsonBeneditode_M.pdf). Acesso em: 19 abr. 2020.

CASTRO, Rodrigo de A. et al. Fisioterapia e incontinência urinária de esforço: revisão e análise crítica. **FEMINA**, v. 36, n. 12, p. 737-742, 2008. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/236234466\\_Fisioterapia\\_e\\_incontinencia\\_urinaria\\_de\\_esforco\\_Revisao\\_e\\_analise\\_critica](https://www.researchgate.net/publication/236234466_Fisioterapia_e_incontinencia_urinaria_de_esforco_Revisao_e_analise_critica). Acesso em: 11 out. 2019.

COHEN, S. David. Prolapso genital femenino: lo que debería saber. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 24, n. 2, p. 202-209, 2013. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prolapso-genital-femenino-lo-que-S0716864013701512>. Acesso em: 19 mar. 2020.

COELHO, Suelene Costa de Albuquerque et al. Can the pessary use modify the vaginal microbiological flora? A cross-sectional study. **Revista Brasileira de**

**Ginecologia e Obstetrícia**, v. 39, n. 4, p. 169-174, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-843935>. Acesso em: 28 mar. 2020.

COELHO, Suelene Costa de Albuquerque. **Conhecimentos, práticas e desfechos do uso do pessário no tratamento conservador do prolapso de órgão pélvico**. 2020.150f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2020. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/339780/1/Coelho\\_SueleneCostaDeAlbuquerque%20\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/339780/1/Coelho_SueleneCostaDeAlbuquerque%20_D.pdf). Acesso em: 22 jun. 2020.

CORREIA, Grasiéla Nascimento; BOSSINI, Paulo Sérgio; DRIUSSO, Patricia. Eletroestimulação intravaginal para o tratamento da incontinência urinária de esforço: revisão sistemática. **FEMINA**, v. 39, n. 4, p. 223-230, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n4/a2486.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020.

DELGADO, Alexandre Magno; FERREIRA, Isaldes Stefano Vieira; SOUSA, Mabel Araújo. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Revista Científica da Escola da Saúde**, v. 4, n. 1, p. 47-56, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/614>. Acesso em: 19 abr. 2020.

FITZ, Fátima Faní et al. Qual o índice de massa corporal de mulheres com disfunções dos músculos do assoalho pélvico que procuram tratamento fisioterapêutico?. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 19, n. 4, p. 309-313, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/fp/v19n4/a03v19n4.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2020.

GERMAIN, Blandine Calais. **O períneo feminino e o parto: Elementos de anatomia e exercícios práticos**. 1.ed. Barueri, SP: Editora Malole, 2005. p.11-21.

GOUVEIA, Priscila Fernandes et al. Métodos de avaliação do assoalho pélvico. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 70, p. 232-238, 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expr=Search=683419&indexSearch=ID>. Acesso em: 28 mar. 2020.

GRANDI, Cláudio Roberto. Fortalecimento da musculatura perineal na prevenção do prolapso de bexiga. **Referências em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás-RRS-FESGO**, v. 2, n. 1, 2019. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/rrsfesgo/article/view/6545#:~:text=Para%20isso%2C%20%C3%A9%20imprescind%C3%ADvel%20que,para%20a%20preven%C3%A7%C3%A3o%20dessa%20condi%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 12 jun. 2020.

GUIMARÃES, Fernanda; ARAÚJO, Gabriella Alves. **Comparação entre a aplicação dos exercícios de kegel e ginástica hipopressiva para ganho de força muscular do assoalho pélvico**: em funcionárias da biblioteca Reitor João Herculino do UniCeub. Brasília, 2015. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/9348/1/21137015.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

HIGA, Rosângela; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; REIS, Maria José. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 187-192, 2008. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000100025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 28 mar. 2020.

HORST, Wagner; SILVA, Jean Carl. Prolapsos de órgãos pélvicos: revisando a literatura. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 45, n. 2, p. 91-101, 2016. Disponível em: <http://acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/viewFile/79/75>. Acesso em: 22 maio 2020.

KNORST, Mara R. et al. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 16, n. 2, p. 102-107, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-35552012000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-35552012000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 28 mar. 2020.

LIMA, Maria Inês de Miranda et al. Prolapso genital. **FEMININA**, v.40, n.2, p.69-77, 2012. Disponível em: [http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1357084619Femina-v40n2\\_69-77.pdf](http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1357084619Femina-v40n2_69-77.pdf). Acesso em: 28 mar. 2020.

LOPES, Gonçalves Mariana dos Reis Barreto. **Estudo biomecânico do prolapso genital**. 2012. 69f. Dissertação (estrado em Bioengenharia), Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. Porto, 2012. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/68108/1/000154271.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes et al. Programa de reabilitação do assoalho pélvico: relato de 10 anos de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.70, n.1, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000100231&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000100231&script=sci_arttext). Acesso em: 12 jun. 2020.

MASCARENHAS, Teresa. **Manual de Ginecologia: Disfunções do pavimento pélvico: Incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos**. 2 ed. Lisboa: Permanyer Portugal, 2011. p. 97-142.

METRING, Nathália Lopes et al. Efeitos das técnicas fisioterapêuticas utilizando a mecânica respiratória no assoalho pélvico: revisão sistemática. **Revista Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 3, n. 1, p. 23-32, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/fisioterapiaesaudefuncional/article/view/20579>. Acesso em: 22 abr. 2020.

MOCCELLIN, Ana Silvia; RETT, Mariana Tirolli; DRIUSSO, Patricia. Existe alteração na função dos músculos do assoalho pélvico e abdominais de primigestas no segundo e terceiro trimestre gestacional?. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 2, p. 136-141, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502016000200136&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502016000200136&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 14 fev. 2020.

MORENO, Adriana L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. 2.ed. São Paulo: Editora Manole, 2009. p. 10-12.

PAGOTTO, Vitor de Campos. **Colpopexia transcoccigea com tela de polipropileno, com orifícios facilitadores da integração, na correção do prolapso da parede posterior da vagina: resultados anatomicos e impacto na atividade sexual.** 2009.77f. Dissertação (Mestrado em Cirurgia), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Unicamp, 2009. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/308656/1/Pagotto\\_VitordeCampos\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/308656/1/Pagotto_VitordeCampos_M.pdf). Acesso em: 19 abr. 2020.

PEREIRA, Ana Gilza Pinheiro; MEJIA, Dayana Priscila Maia. **O papel da fisioterapia no prolapso uterino.** Pós-Graduação em Reabilitação em Ortopedia e Traumatologia com ênfase em Terapia Manual da Faculdade Faipe, p. 1-12, 2017. Disponível em: [https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/97/320-O\\_Papel\\_da\\_Fisioterapia\\_no\\_Prolapso\\_Uterino.pdf](https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/97/320-O_Papel_da_Fisioterapia_no_Prolapso_Uterino.pdf). Acesso em: 19 abr. 2020.

RESENDE, Ana Paula Magalhães et al. Prolapso genital e reabilitação do assoalho pélvico. **FEMINA**, v. 38, n. 2, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-545684>. Acesso em: 19 abr. 2020.

RESENDE, Ana Paula Magalhães et al. **Eletromiografia de superfície para avaliação dos músculos do assoalho pélvico feminino: revisão de literatura.** Revista fisioterapia e Pesquisa, v. 18, n. 3, p. 292-297, 2011.

RODRIGUES, Andrea Moura et al. Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 17-21, 2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009000100004&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009000100004&script=sci_arttext). Acesso em: 19 abr. 2020.

RODRÍGUEZ, Antonio Gómez; CASADO, Jesús Salinas; FUERTES, Manuel Esteban. **Influencia de los prolapsos genitales femeninos sobre la función del tracto urinario inferior.** Universidad Complutense de Madrid, 2011. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=149595>. Acesso em: 19 abr. 2020.

SANTOS, Patrícia Fernandes Diniz et al. Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 9, p. 447-452, 2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009000900005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009000900005&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12 jun. 2020.

SANTOS, Eraldo Bispo. **Complicações do reparo cirúrgico de pacientes com prolapso de cúpula vaginal.** 28 pgs. 2013. Monografia (Graduação em medicina). Universidade Federal da Bahia, Salvador. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/14214>. Acesso em: 02/11/2020.

SILVA, Ana Paula Souza; SILVA, Jaqueline Souza. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino, sob uma visão anatômica. **Fisioterapia Brasil**, v. 4, n. 3, p. 205-211, 2003. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/3025>. Acesso em: 19 abr. 2020.

SILVA FILHO, Agnaldo Lopes et al. Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 90-96, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-29502013000100015](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502013000100015). Acesso em: 19 jun. 2020.

SOUZA, Romeu Rodrigues. **Anatomia humana**. 1.ed. Barueri, SP: Editora Malole, 2001. p.392-393.

TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. **Corpo Humano: Fundamentos de Anatomia e Fisiologia**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2017.



## RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

**DISCENTE:** Cleidiana da Silva

**CURSO:** Fisioterapia

**DATA DE ANÁLISE:** 19.08.2020

### RESULTADO DA ANÁLISE

#### Estatísticas

Suspeitas na Internet: **7,07%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet 

Suspeitas confirmadas: **9,19%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados 

Texto analisado: **92,81%**

*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 2.4.11  
quarta-feira, 19 de agosto de 2020 17:35

### PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **CLEIDIANA DA SILVA**, n. de matrícula **20528**, do curso de Fisioterapia, foi **APROVADO** na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 7,07%. Devendo a aluna fazer as correções que se fizerem necessárias.

(assinado eletronicamente)  
**HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO**  
Bibliotecária CRB 1114/11  
Biblioteca Júlio Bordignon  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente



## Cleidiana da Silva

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4488961605762484>

ID Lattes: **4488961605762484**

Última atualização do currículo em 07/09/2020

Acadêmica de fisioterapia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente -FAEMA (**Texto informado pelo autor**)

### Identificação

<b>Nome</b>	Cleidiana da Silva 
<b>Nome em citações bibliográficas</b>	SILVA, C.
<b>Lattes iD</b>	 <a href="http://lattes.cnpq.br/4488961605762484">http://lattes.cnpq.br/4488961605762484</a>

### Endereço

<b>Endereço Profissional</b>	Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Rua José Mauro Vasconcelos - de 3756/3757 ao fim Setor 06 76873624 - Ariquemes, RO - Brasil Telefone: (69) 35366600
------------------------------	--

### Formação acadêmica/titulação

<b>2015 - 2020</b>	Graduação em Fisioterapia. Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
--------------------	---

### Formação Complementar

<b>2020 - 2020</b>	Reeducação Postural Global com ênfase no Reequilíbrio Funcional e Facial. (Carga horária: 100h). FisioAprimore, FISIOAPRIMORE, Brasil.
<b>2019 - 2019</b>	Extensão universitária em AÇÃO SOCIAL E 7º FEIRA CULTURAL DA ESCOLA HENRIQUE DIAS. (Carga horária: 8h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
<b>2019 - 2019</b>	Extensão universitária em IV ECAF=Encontro Científico dos Acadêmicos de Fisioterapia. (Carga horária: 4h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
<b>2019 - 2019</b>	Extensão universitária em I S emana de Fisioterapia -FAEMA. (Carga horária: 10h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
<b>2019 - 2019</b>	GRAVIDEZ E PÓS-PARTO - PREVENI ,AVALIAR E TRATAR DISFUNÇÕES PÉLVICAS. (Carga horária: 26h). Faculdade Inspirar, INSPIRAR, Brasil.
<b>2018 - 2018</b>	Extensão universitária em AVIVA FISIO. (Carga horária: 4h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
<b>2018 - 2018</b>	Extensão universitária em I Encontro Recurso Mecânico terapicos em Saúde e Reabilitação. (Carga horária: 4h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
<b>2018 - 2018</b>	Extensão universitária em PROJETO BAIRRO MUTIRÃO-FISIOPREV. (Carga horária: 4h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
<b>2018 - 2018</b>	Extensão universitária em 3º Encontro Científico De Acadêmico de Fisioterapia -ECAF. (Carga horária: 4h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
<b>2018 - 2018</b>	Extensão universitária em FISIOTERAPIA ESPORTIVA. (Carga horária: 4h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
<b>2018 - 2018</b>	Extensão universitária em Oficina De Pratica em Cinesioterapia Para Grupos Especiais. (Carga horária: 4h).

<b>2018 - 2018</b>	Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil. CAPACITAÇÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA. (Carga horária: 12h).
<b>2017 - 2018</b>	Faculdades Associadas de Ariquemes, FAAR / IESUR, Brasil. Extensão universitária em "Aguilhamento seco e Método Tração -Distração. (Carga horária: 4h).
<b>2017 - 2017</b>	Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil. Extensão universitária em NOVENBRO AZUL. (Carga horária: 5h).
<b>2017 - 2017</b>	Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil. Extensão universitária em PREVENÇÃO DE LESÃO. (Carga horária: 3h).
<b>2016 - 2016</b>	Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil. Extensão universitária em AÇÃO GLOBAL -PSICOMOTRICIDADE E COORDENAÇÃO MOTORA. (Carga horária: 10h).
<b>2016 - 2016</b>	Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil. Extensão universitária em DIA DA MULHER. (Carga horária: 2h).
<b>2016 - 2016</b>	Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil. Extensão universitária em DIA DA COMUNIDADE. (Carga horária: 5h).
<b>2016 - 2016</b>	Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil. Extensão universitária em Tutoria e Nivelamento -Bioquímica. (Carga horária: 10h).
<b>2016 - 2016</b>	Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil. CASAMENTO UNIVERSITÁRIO. (Carga horária: 10h).
<b>2015 - 2015</b>	Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil. Extensão universitária em A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA. (Carga horária: 2h).
<b>2015 - 2015</b>	Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil. Extensão universitária em ASPECTOS FISIOTERAPÊUTICO DA SEXUALIDADE. (Carga horária: 2h).
<b>2015 - 2015</b>	Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil. Extensão universitária em PROJETO DE TEXTO. (Carga horária: 4h).
<b>2015 - 2015</b>	Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil. Extensão universitária em PILATES CLÍNICO COMO RECURSO FISIOTERAPÊUTICO NAS AFECÇÕES NEURO FUNCIONAIS. (Carga horária: 2h).
	Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.

## Idiomas

<b>Português</b>	Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.
------------------	--

## Produções

### Produção bibliográfica

## Eventos

### Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. X Congresso Rondoniense De Fisioterapia -(CORFISIO). X Congresso Rondoniense De Fisioterapia -(CORFISIO). 2018. (Congresso).
2. Aleitafisio: Promoção Dos Benefícios do Aleitamento materno. 2017. (Encontro).
3. I Simpósio AFISIO.I Simpósio AFISIO. 2017. (Simpósio).
4. II ENCONTRO CIENTIFICO DA FAEMA.II ENCONTRO CIENTIFICO DA FAEMA. 2016. (Encontro).
5. I ENCONTRO CIENTIFICO DA FAEMA.I ENCONTRO CIENTIFICO DA FAEMA. 2015. (Encontro).