BRAZILIAN JOURNAL OF IMPLANTOLOGY AND HEALTH SCIENCES

ISSN 2674-8169

GRAVIDADE DO PROLAPSO PÉLVICO E PROPRIOCEPÇÃO: Repercussões Funcionais e de Qualidade de Vida Em Mulheres De Porto Velho (RO)

Kézia Vitória Silva Ferreira, Giovana Gouveia da Luz, Shirley Dantas Soares, Cíntia Campos Costa

https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n11p588-613
Artigo recebido em 28 de Setembro e publicado em 8 de Novembro de 2025

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é uma disfunção comum em mulheres, especialmente em idades avançadas ou após partos vaginais, marcada pelo deslocamento de estruturas pélvicas e comprometimento funcional. Embora fatores como idade e paridade sejam reconhecidos, aspectos sensoriais como a propriocepção ainda são pouco estudados. Este estudo teve como objetivo analisar a relação entre a gravidade do POP e déficits proprioceptivos, discutindo repercussões funcionais e de qualidade de vida em mulheres de Porto Velho (RO). Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e correlacional, com 23 mulheres de 30 a 70 anos, diagnosticadas com POP graus I, II ou III. Foram aplicados o *Pelvic Floor Impact Questionnaire – Quality of Life (P-QoL)*, o esquema PERFECT e um protocolo adaptado de propriocepção vaginal. A análise estatística utilizou o teste Exato de Fisher ($p < 0,05$). Observou-se tendência de associação entre maior gravidade do POP e pior desempenho proprioceptivo, menor força e coordenação muscular, além de maior comprometimento físico e emocional. Apesar de não haver significância estatística ($p = 0,095$), verificou-se correlação negativa entre o grau de prolapso e a propriocepção. Conclui-se que o avanço do POP está relacionado à piora funcional e à redução da qualidade de vida, reforçando a importância da avaliação proprioceptiva na prática fisioterapêutica.

Palavras-chave: Prolapso de órgãos pélvicos. Propriocepção. Fisioterapia. Qualidade de vida

Severity of Pelvic Organ Prolapse and Proprioception: Functional and Quality-of-Life Impacts in Women from Porto Velho, Brazil

ABSTRACT

Pelvic organ prolapse (POP) is a common dysfunction in women, especially in advanced age or after vaginal deliveries, characterized by pelvic structure displacement and functional impairment. Although age and parity are known factors, sensory aspects such as proprioception remain underexplored. This study aimed to analyze the relationship between POP severity and proprioceptive deficits, discussing functional and quality−of−life impacts in women from Porto Velho, Brazil. A quantitative, cross−sectional, correlational study was conducted with 23 women aged 30−70 years diagnosed with POP grades I−III. The Pelvic Floor Impact Questionnaire – Quality of Life (P−QoL), the PERFECT scheme, and an adapted vaginal proprioception protocol were applied. Data were analyzed using Fisher's Exact Test ($p < 0.05$). Results indicated a trend toward association between higher POP severity and poorer proprioceptive performance, lower strength, and coordination. Although not statistically significant ($p = 0.095$), a negative correlation was observed between prolapse severity and proprioception. It is concluded that POP progression relates to functional decline and lower quality of life, supporting proprioceptive assessment in physiotherapeutic management.

Keywords: Pelvic organ prolapse. Proprioception. Physiotherapy. Quality of life.

Instituição afiliada – Afya Centro Universitário São Lucas

Autor correspondente*: Giovana Gouveia da Luz* gouveiagiovana075@gmail.com

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

INTRODUÇÃO

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é uma condição prevalente entre mulheres, sobretudo em idades mais avançadas ou após partos vaginais múltiplos, caracterizando−se pelo deslocamento de estruturas como útero, bexiga e reto além de sua posição habitual, gerando uma protrusão na região vaginal e manifestações clínicas que comprometem atividades cotidianas e a qualidade de vida (Silva; Marques; Amaral, 2018). Estimativas de prevalência já apontavam, há mais de uma década, valores que alcançavam 30%, a depender da faixa etária e de fatores predisponentes (Rodrigues et al., 2009).

Dados mais recentes confirmam que o POP permanece como um problema atual de saúde pública no Brasil. Entre 2019 e 2023, mais de 158 mil mulheres foram hospitalizadas por prolapso genital feminino, sendo a maior parte delas na faixa etária de 60 a 69 anos (25,97%) (Santos; Santos; Fachin, 2025). Apesar da magnitude dos números, a subnotificação ainda é significativa, uma vez que muitas mulheres buscam atendimento apenas em estágios avançados da condição.

A etiologia do POP é multifatorial, envolvendo alterações hormonais, envelhecimento, fatores biomecânicos e traumas obstétricos. Elementos como gestação, partos vaginais, obesidade e constipação crônica são reconhecidos como contribuintes para alterações no assoalho pélvico (Baracho, 2018), embora persistam lacunas sobre a forma como esses fatores se inter−relacionam no desencadeamento e na progressão da disfunção. Nesse sentido, a investigação sobre o POP tem se concentrado predominantemente nas alterações anatômicas, enquanto outros aspectos permanecem pouco explorados.

Entre esses aspectos, destaca−se a propriocepção, definida como a capacidade do organismo de reconhecer a posição e o movimento dos segmentos corporais na ausência de suporte visual. Esse processo envolve dimensões conscientes e inconscientes e depende da integração de receptores presentes em músculos, tendões, articulações e pele, organizados pelo sistema nervoso central (Gelener; İyigün; Ozmanevra, 2021). Além da percepção da posição ou do deslocamento segmentar, a propriocepção inclui a percepção de esforço, da força aplicada e da carga sustentada,

informações que são processadas e utilizadas para orientar e ajustar a execução dos movimentos (Proske; Gandevia, 2012).

No assoalho pélvico, a propriocepção assume papel fundamental por estar associada ao controle motor, à continência e à estabilidade da região. Esse mecanismo possibilita a realização de contrações musculares adequadas e o ajuste proporcional do esforço em situações de maior demanda, como durante a tosse ou ao carregar pesos. Quando há déficits proprioceptivos, tornam−se mais frequentes dificuldades de coordenação muscular, contrações ineficazes e respostas inadequadas frente a sobrecargas.

Apesar de sua relevância funcional, os estudos que investigam a propriocepção em disfunções do assoalho pélvico ainda são escassos, e a relação específica com a gravidade do POP permanece praticamente inexplorada, sobretudo no contexto nacional. Considerando essa lacuna, o presente estudo tem como objetivo analisar se há relação entre uma maior gravidade do prolapso pélvico e a presença de déficits proprioceptivos, discutindo os impactos funcionais e de qualidade de vida do POP em mulheres de uma capital da Amazônia Ocidental.

METODOLOGIA

Trata−se de um estudo quantitativo, transversal e correlacional, realizado em uma clínica−escola de um Centro Universitário privado de Porto Velho (RO). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 88516325.8.0000.0013 e parecer nº 7.684.918. Todas as participantes aceitaram voluntariamente integrar o estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado em cópia digital e, quando solicitado, também em versão impressa.

A amostra foi composta por 22 mulheres, com idade entre 30 e 70 anos, com prolapso de órgãos pélvicos graus I, II ou III, conforme avaliação clínica ou cinético−funcional prévia e com plena capacidade cognitiva para responder aos instrumentos, residentes e domiciliadas em Porto Velho (RO). Foram excluídas mulheres com doenças neurológicas que comprometessem a propriocepção, gestantes, puérperas, portadoras de condições oncológicas pélvicas ou em uso de medicações que afetassem a função neuromuscular.

A coleta de dados foi realizada em uma única avaliação presencial por participante, no período de 04 de agosto a 08 de setembro de 2025. O recrutamento ocorreu por conveniência, abrangendo as pacientes que foram previamente atendidas na Clínica−Escola e voluntárias da comunidade externa, convidadas por meio de divulgação física e digital. Na triagem inicial, foram coletadas informações sociodemográficas (idade, cor/raça, escolaridade e renda familiar média), seguidas da aplicação integral do questionário *Pelvic Floor Impact Questionnaire − Quality of Life (P−QoL)*, conduzida pelas pesquisadoras.

Para fins de categorização clínica, adotou−se a definição de gravidade proposta pelo *Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP−Q)* como referência conceitual. Durante a avaliação, procedeu−se à inspeção visual e à solicitação da manobra de Valsalva, conforme descrito por Baracho (2018), objetivando confirmar a presença do prolapso e evidenciar sua extensão máxima.

A avaliação funcional da musculatura do assoalho pélvico seguiu o esquema PERFECT, incluindo mensuração da força pela Escala de Oxford Modificada, resistência, repetição, contrações rápidas e coordenação motora.

A propriocepção foi avaliada por meio de um protocolo adaptado a partir da proposta descrita por Velloso (2018). Durante o exame físico, realizou−se palpação bidigital, verificando−se inicialmente se a participante identificava verbalmente o estímulo tátil, sem indicação da direção. Em seguida, testaram−se dois pontos de referência: um na parede vaginal lateral e outro na parede anterior (correspondentes aproximadamente às posições de 7h e 9h em um relógio analógico), sendo solicitado que a participante indicasse a direção do toque percebido.

As respostas foram categorizadas em quatro níveis: mínima (identificação apenas do estímulo tátil, sem discriminação de direção), parcial (identificação do estímulo e de um ponto horário), satisfatória (identificação do estímulo e de dois pontos horários) e ausente (não identificação do estímulo). Os dados foram registrados em planilha digital e tratados como variável categórica ordinal para análise.

Os dados foram analisados nos softwares *Jamovi* e *Microsoft Excel*. Foram realizadas estatísticas descritivas simples para caracterização da amostra, das variáveis sociodemográficas, do esquema PERFECT e dos domínios do P−QoL. Para a variável

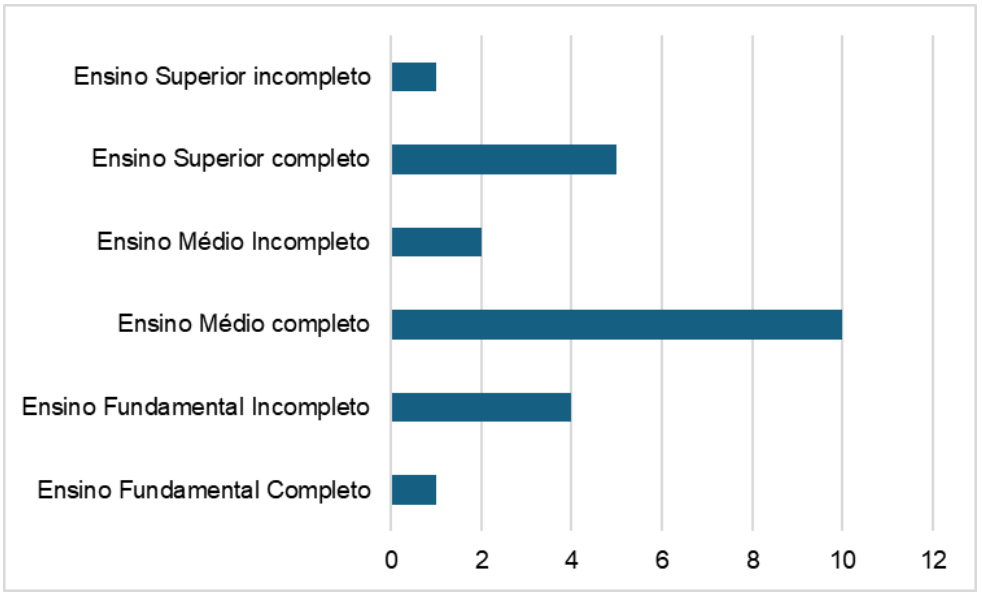
propriocepção, empregou−se o teste Exato de Fisher, adotando−se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 23 voluntárias diagnosticadas com POP, distribuídas em sete mulheres com grau I (30,4%), doze com grau II (52,2%) e quatro com grau III (17,4%). A idade variou de 32 a 67 anos, com média de 51,1 anos (DP = 9,2) e mediana de 51 anos.

Em relação à escolaridade, predominou o ensino médio completo (43,0%), seguido por ensino superior completo (22,0%) e ensino médio incompleto (13,0%). As demais participantes distribuíram−se entre ensino fundamental completo (9,0%), ensino fundamental incompleto (9,0%) e ensino superior incompleto (4,0%).

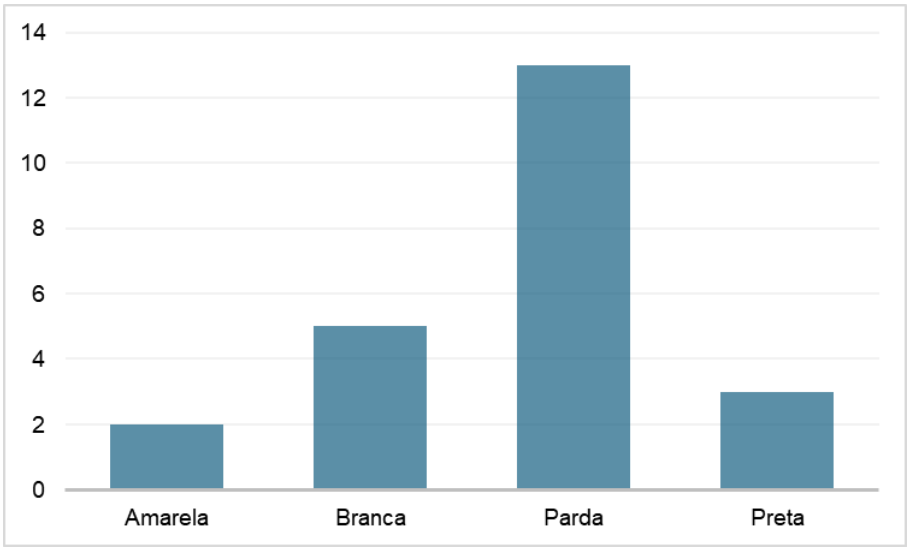
Figura 1 – Distribuição da escolaridade autodeclarada das participantes do estudo.



Fonte: Própria Autoria (2025).

Em relação à cor/raça autorreferida, a maioria identificou−se como parda (61,0%), seguida por branca (17,0%), preta (13,0%) e amarela (9,0%).

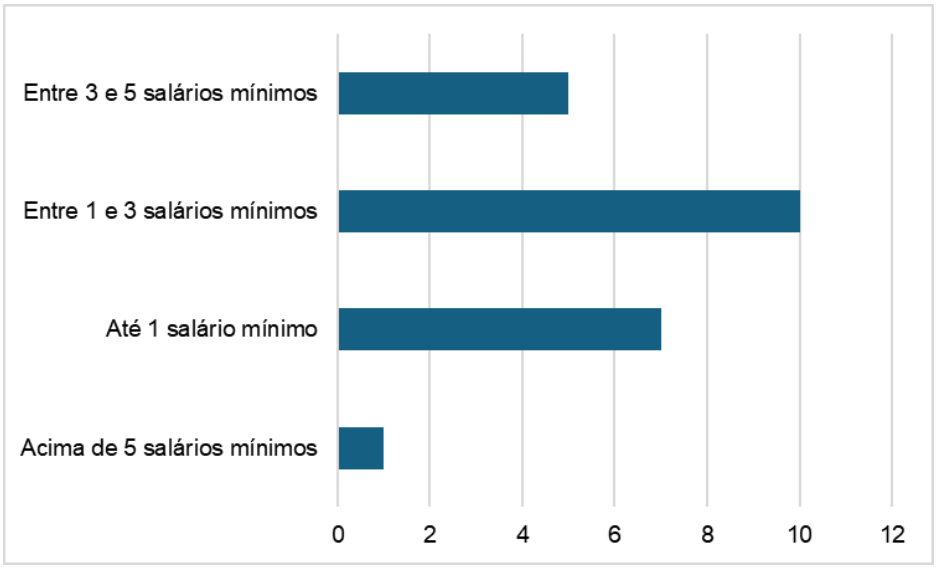
Figura 2 – Distribuição da cor/raça autodeclarada das participantes do estudo.



Fonte: Própria Autoria (2025).

A renda familiar mensal concentrou−se entre 1 e 3 salários mínimos (44,0%), com 10 mulheres, enquanto 7 (30,0%) referiram até 1 salário, 5 (22,0%) entre 3 e 5 salários e apenas 1 (4,0%) acima de 5 salários mínimos.

Figura 3 − Distribuição da renda autodeclarada das participantes do estudo.



Fonte: Própria Autoria (2025).

Na avaliação da saúde geral, a maioria das mulheres com prolapso grau I referiu sua condição como regular (71,4%), enquanto no grau II predominou a percepção de ruim (41,7%), e no grau III destacou−se novamente a classificação como regular (50,0%).

Quanto ao impacto na vida diária, a percepção de maior comprometimento foi evidente nos graus mais avançados: 50,0% das mulheres com grau II e 75,0% com grau III relataram que o prolapso interfere “muito” em suas atividades cotidianas,

contrastando com apenas 14,3% entre as participantes de grau I.

No impacto emocional, sentimentos de depressão foram mais relatados no grau III, onde 50,0% das mulheres referiram sentir−se “muito” deprimidas, contra apenas 14,3% no grau I. A ansiedade também mostrou maior intensidade nos graus mais altos: 33,3% no grau II e 25,0% no grau III relataram sentir−se “muito” ansiosas. Por fim, a percepção de “mal consigo mesma” mostrou−se variável, todavia, no grau I destacou−se a predominância de respostas indicando impacto moderado (57,1%), enquanto nos graus mais avançados, percebeu−se a volatilidade dessas respostas, incluindo a concepção de “um pouco” e “muito”.

Tabela 1 − Distribuição da percepção de saúde geral, impacto na vida diária e sintomas emocionais em mulheres com prolapso, segundo o grau da condição (P−QoL) − Porto Velho − RO, 2025.

Variável	Resposta	Grau I	Grau II	Grau III
Saúde geral	Muito boa	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Boa	1 (14,3%)	3 (25,0%)	1 (25,0%)
	Regular	5 (71,4%)	3 (25,0%)	2 (50,0%)
	Ruim	1 (14,3%)	5 41,7%)	1 (25,0%)
	Muito ruim	0 (0,0%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)
Impacto na vida diária	Nada	2 (28,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Um pouco	3 (42,9%)	5 (41,7%)	1 (25,0%)
	Moderado	1 (14,3%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)
	Muito	1 (14,3%)	6 (50,0%)	3 (75,0%)
Impacto emocional - Deprimida	Nada	2 (28,6%)	5 (41,7%)	0 (0,0%)
	Um pouco	2 (28,6%)	4 (33,3%)	2 (50,0%)
	Moderado	2 (28,6%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)
	Muito	1 (14,3%)	2 (16,7%)	2 (50,0%)
Impacto emocional – Ansiosa	Nada	2 (28,6%)	5 (41,7%)	0 (0,0%)
	Um pouco	3 (42,9%)	2 (16,7%)	2 (50,0%)
	Moderado	2 (28,6%)	1 (8,3%)	1 (25,0%)
	Muito	0 (0,0%)	4 (33,3%)	1 (25,0%)
Impacto emocional – Mal consigo mesma	Nada	3 (42,9%)	4 (33,3%)	0 (0,0%)
	Um pouco	0 (0,0%)	3 (25,0%)	2 (50,0%)
	Moderado	4 (57,1%)	1 (8,3%)	2 (50,0%)
	Muito	0 (0,0%)	4 (33,3%)	0 (0,0%)

Fonte: Própria Autoria (2025).

Na dimensão de bem−estar físico, observou−se que a maioria das mulheres com prolapso grau I relatou algum nível de dificuldade para dormir: três não apresentaram queixas (42,9%), enquanto duas referiram “um pouco” (28,6%) e duas “moderadamente” (28,6%). No grau II, oito não apresentaram dificuldades (66,7%), duas relataram “um pouco” (16,7%) e duas “moderadamente” (16,7%). Entre as mulheres com grau III, metade não apresentou queixas (50,0%), enquanto uma relatou “um pouco” (25,0%) e outra “muito” (25,0%).

Com relação ao cansaço e fadiga, no grau I predominou o relato de intensidade “moderada” (42,9%), enquanto duas mulheres não apresentaram sintomas (28,6%) e duas indicaram “um pouco” (28,6%). No grau II, metade não apresentou sintomas (50,0%), quatro relataram intensidade “moderada” (33,3%) e duas “um pouco” (16,7%). Já no grau III, duas não apresentaram sintomas (50,0%), uma relatou “um pouco” (25,0%) e uma “muito” (25,0%).

Quanto à função intestinal, a evacuação diária foi o padrão mais frequente em todos os graus, sobretudo no grau I (71,4%) e no grau II (58,3%), embora neste último também tenham ocorrido relatos de evacuação mais de uma vez ao dia (25,0%) e de maior constipação (8,3% a cada dois dias e 8,3% uma vez por semana ou menos). No grau III, duas mulheres relataram evacuação diária (50,0%), uma a cada dois dias (25,0%) e uma apenas uma vez por semana ou menos (25,0%).

Por fim, em relação ao esforço evacuatório, no grau I prevaleceram os relatos de impacto “moderado” (42,9%), seguidos por “alto” (28,6%) e “pouco impacto” (28,6%). No grau II, metade das mulheres não apresentou queixas (50,0%), enquanto quatro relataram impacto “moderado” (33,3%) e duas “pouco” (16,7%). No grau III, duas participantes relataram “alto impacto” (50,0%), uma “moderado” (25,0%) e uma não apresentou sintomas (25,0%).

Na avaliação dos sintomas específicos do P−QoL, observou−se que queixas urinárias, como aumento da frequência miccional e urgência, foram mais frequentes e intensas nos graus II e III, predominando impactos moderados e altos. A sensação de peso vaginal e a dificuldade para esvaziar a bexiga também apresentaram maior concentração de respostas nesses níveis mais avançados.

Entre os sintomas associados, como dor lombar relacionada ao desconforto

vaginal, verificou−se padrão semelhante, com predomínio de impactos moderados ou altos nos graus II e III. Já entre as mulheres com grau I, a maioria relatou ausência ou baixo impacto em quase todas as variáveis. Os achados completos encontram−se na Tabela 2.

Tabela 2 − Distribuição dos sintomas urinários, vaginais e associados em mulheres com prolapso, segundo o grau da condição (P−QoL) − Porto Velho − RO, 2025

Sintoma	Resposta	Grau I	Grau II	Grau III
Urinar com muita frequência	Não tem	1 (14.3%)	4 (33.3%)	2 (50.0%)
	Pouco impacto	0 (0.0%)	3 (25.0%)	1 (25.0%)
	Moderado impacto	5 (71.4%)	2 (16.7%)	1 (25.0%)
	Alto impacto	1 (14.3%)	3 (25.0%)	0 (0.0%)
Sensação de peso ou pressão na região vaginal	Não tem	2 (28.6%)	4 (33.3%)	0 (0.0%)
	Pouco impacto	1 (14.3%)	2 (16.7%)	0 (0.0%)
	Moderado impacto	3 (42.9%)	3 (25.0%)	2 (50.0%)
	Alto impacto	1 (14.3%)	3 (25.0%)	2 (50.0%)
Urgência para urinar	Não tem	2 (28.6%)	4 (33.3%)	2 (50.0%)
	Pouco impacto	0 (0.0%)	1 (8.3%)	2 (50.0%)
	Moderado impacto	5 (71.4%)	3 (25.0%)	0 (0.0%)
	Alto impacto	0 (0.0%)	4 (33.3%)	0 (0.0%)
Dificuldade para esvaziar a bexiga	Não tem	3 (42.9%)	7 (58.3%)	1 (25.0%)
	Pouco impacto	3 (42.9%)	3 (25.0%)	0 (0.0%)
	Moderado impacto	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	Alto impacto	0 (0.0%)	2 (16.7%)	3 (75.0%)
Vazamento de urina ao tossir ou fazer esforço	Não tem	0 (0.0%)	1 (8.3%)	1 (25.0%)
	Pouco impacto	1 (14.3%)	5 (41.7%)	1 (25.0%)
	Moderado impacto	4 (57.1%)	3 (25.0%)	1 (25.0%)
	Alto impacto	2 (28.6%)	3 (25.0%)	1 (25.0%)
Dor nas costas associada ao desconforto vaginal	Não tem	3 (42.9%)	8 (66.7%)	0 (0.0%)
	Pouco impacto	0 (0.0%)	1 (8.3%)	1 (25.0%)
	Moderado impacto	4 (57.1%)	2 (16.7%)	1 (25.0%)
	Alto impacto	0 (0.0%)	1 (8.3%)	2 (50.0%)

Fonte: Própria Autoria (2025).

Na dimensão relacionada às atividades diárias, vida social e relacionamentos, observaram−se padrões distintos conforme o grau de prolapso (Tabela 3). No âmbito das tarefas domésticas, a maioria das mulheres com grau I relatou “nada” ou “um pouco” de impacto, enquanto nos graus II e III os relatos de impacto “moderado” foram mais

frequentes. Quanto às atividades externas, destacou−se a predominância de ausência de impacto nos graus I e II, ao passo que no grau III predominaram respostas de impacto "um pouco" ou "moderado".

Em relação às atividades físicas, embora parte expressiva dos grupos I e II tenha relatado ausência de comprometimento, respostas indicando impacto "moderado" ou "muito" foram mais frequentes entre as mulheres com grau III. A vida social foi pouco afetada no grau I, mas no grau II e, sobretudo, no grau III, houve maior distribuição entre categorias de impacto "um pouco" e "moderado". Padrão semelhante foi observado nos domínios de relacionamento e vida sexual, nos quais, apesar da ausência de impacto em parte considerável das mulheres com graus I e II, prevaleceram respostas de comprometimento nos graus mais avançados.

Por fim, no aspecto vida familiar, destacou−se que a maioria das mulheres com grau II relatou ausência de impacto, enquanto nos graus I e III as respostas tenderam a indicar algum grau de comprometimento, ainda que de forma heterogênea. Resultados os quais estão evidenciados na tabela 3.

Tabela 3 − Distribuição de impacto em atividades de vida diária em mulheres com prolapso, segundo o grau da condição (P−QoL) − Porto Velho − RO, 2025.

Variável	Resposta	Grau I	Grau II	Grau III
Tarefas domésticas	Nada	2 (28,6%)	5 (41,7%)	0 (0,0%)
	Um pouco	2 (28,6%)	2 (16,7%)	2 (50,0%)
	Moderadamente	2 (28,6%)	4 (33,3%)	2 (50,0%)
	Muito	0 (0,0%)	2 (16,7%)	0 (0,0%)
Atividades externas	Nada	3 (42,9%)	7 (58,3%)	0 (0,0%)
	Um pouco	2 (28,6%)	1 (8,3%)	3 (75,0%)
	Moderadamente	2 (28,6%)	3 (25,0%)	1 (25,0%)
	Muito	0 (0,0%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)
Atividades físicas	Nada	4 (57,1%)	6 (50,0%)	1 (25,0%)
	Um pouco	1 (14,3%)	4 (33,3%)	1 (25,0%)
	Moderadamente	2 (28,6%)	1 (8,3%)	1 (25,0%)
	Muito	0 (0,0%)	1 (8,3%)	1 (25,0%)
Vida social	Nada	5 (71,4%)	6 (50,0%)	0 (0,0%)

	Um pouco	0 (0,0%)	3 (25,0%)	2 (50,0%)
	Moderadamente	2 (28,6%)	2 (16,7%)	2 (50,0%)
	Muito	0 (0,0%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)
Relacionamento	Nada	4 (57,1%)	7 (58,3%)	2 (50,0%)
	Um pouco	1 (14,3%)	1 (8,3%)	1 (25,0%)
	Moderadamente	1 (14,3%)	2 (16,7%)	1 (25,0%)
	Muito	1 (14,3%)	2 (16,7%)	0 (0,0%)
Vida sexual	Nada	2 (28,6%)	7 (58,3%)	2 (50,0%)
	Um pouco	2 (28,6%)	1 (8,3%)	1 (25,0%)
	Moderadamente	2 (28,6%)	3 (25,0%)	1 (25,0%)
	Muito	0 (0,0%)	2 (16,7%)	0 (0,0%)
Vida familiar	Nada	0 (0,0%)	9 (75,0%)	2 (50,0%)
	Um pouco	1 (14,3%)	1 (8,3%)	1 (25,0%)
	Moderadamente	1 (14,3%)	1 (8,3%)	1 (25,0%)
	Muito	0 (0,0%)	2 (16,7%)	0 (0,0%)

Fonte: Própria Autoria (2025).

No que se refere ao uso de absorventes ou forros para aliviar os sintomas do prolapso, a maioria das participantes relatou nunca utilizar esse recurso, sendo 71,4% no grau I, 66,7% no grau II e 75% no grau III. O hábito de empurrar manualmente o prolapso mostrou−se pouco prevalente, com predomínio da resposta “nunca” (100% no grau I), ainda que alguns relatos ocasionais e contínuos tenham sido observados nos graus mais avançados.

Quanto à necessidade de evitar permanecer em pé por longos períodos, predominou a resposta “nunca” nos graus I (57,1%) e II (66,7%), enquanto no grau III a maioria (75%) referiu fazê−lo às vezes. Em relação à presença de dor ou desconforto, destacou−se a ausência de sintomas no grau II (50%), enquanto episódios ocasionais foram mais frequentes nos graus I (57,1%) e III (50%). Esses dados estão detalhados na tabela 4.

Tabela 4 − Distribuição das estratégias de manejo e sintomas relatados segundo o grau de prolapso.

Variável	Resposta	Grau I	Grau II	Grau III

Uso de absorventes/forros	Nunca	5 (71,4%)	8 (66,7%)	3 (75,0%)
	Às vezes	0 (0,0%)	2 (16,7%)	0 (0,0%)
	Frequentemente	1 (14,3%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)
	Sempre	1 (14,3%)	1 (8,3%)	1 (25,0%)
Empurra manualmente o prolapso	Nunca	7 (100%)	7 (58,3%)	1 (25,0%)
	Às vezes	0 (0,0%)	2 (16,7%)	1 (25,0%)
	Frequentemente	0 (0,0%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)
	Sempre	0 (0,0%)	2 (16,7%)	2 (50,0%)
Evita ficar em pé por muito tempo	Nunca	4 (57,1%)	8 (66,7%)	0 (0,0%)
	Às vezes	3 (42,9%)	2 (16,7%)	3 (75,0%)
	Frequentemente	0 (0,0%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)
	Sempre	0 (0,0%)	1 (8,3%)	1 (25,0%)
Dor ou desconforto	Nunca	3 (42,9%)	6 (50,0%)	1 (25,0%)
	Às vezes	4 (57,1%)	2 (16,7%)	2 (50,0%)
	Frequentemente	0 (0,0%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)
	Sempre	0 (0,0%)	3 (25,0%)	1 (25,0%)

Fonte: Própria Autoria (2025).

Na avaliação física do assoalho pélvico, verificaram−se diferenças relevantes entre os grupos em relação à coordenação motora, propriocepção e capacidade de contração e relaxamento voluntários do MAP (Tabela 5). Embora a coordenação faça parte do escore PERFECT, foi apresentada separadamente por razões de clareza e melhor organização dos dados. De forma geral, observou−se maior proporção de coordenação motora insatisfatória nos graus mais avançados de prolapso, acompanhada por desempenho proprioceptivo reduzido (classificado como mínimo ou parcial).

Em contrapartida, as participantes com grau I apresentaram maior prevalência de coordenação satisfatória e propriocepção adequada. No que se refere à execução de comandos, todas as mulheres foram capazes de contrair a musculatura quando solicitadas, entretanto, a capacidade de relaxamento mostrou−se mais limitada, especialmente entre aquelas com prolapso grau II e III. Os resultados na íntegra estão disponíveis na tabela 5.

Tabela 5 − Avaliação da coordenação motora, propriocepção, contração e relaxamento voluntário da musculatura do assoalho pélvico (MAP) de acordo com o grau de prolapso.

Variável	Categoria	Grau I	Grau II	Grau III	Total (%)
Coordenação motora	Satisfatória	4 (57,1%)	3 (25,0%)	0 (0,0%)	7 (30,4%)
	Insatisfatória	3 (42,9%)	9 (75,0%)	4 (100%)	16 (69,6%)

Propriocepção MAP	Satisfatória	4 (57,1%)	3 (25,0%)	0 (0,0%)	7 (30,4%)
	Parcial	3 (42,9%)	6 (50,0%)	1 (25,0%)	10 (43,5%)
	Mínima	0 (0,0%)	3 (25,0%)	3 (75,0%)	6 (26,1%)
	Ausente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Contração ao comando	Sim	7 (100%)	12 (100%)	4 (100%)	23 (100%)
	Não	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Relaxamento ao comando	Sim	3 (42,9%)	4 (33,3%)	2 (50,0%)	9 (39,1%)
	Não	4 (57,1%)	8 (66,7%)	2 (50,0%)	14 (60,9%)

Fonte: Própria Autoria (2025).

A avaliação do assoalho pélvico por meio do esquema PERFECT demonstrou variações entre os diferentes graus de prolapso. Na análise da força muscular (Oxford), o grupo grau I apresentou maior média (2,71 ± 0,49), seguido pelo grau II (2,50 ± 0,52) e grau III (1,75 ± 0,50). A resistência (s) também foi superior no grau I (4,29 ± 1,38) em relação ao grau II (3,08 ± 1,44) e ao grau III (2,50 ± 0,58).

Quanto às repetições, observou−se baixa frequência em todos os grupos, com médias de 0,57 ± 0,79 no grau I, 0,17 ± 0,39 no grau II e ausência de repetições no grau III. Já o número de contrações rápidas mostrou desempenho semelhante entre os graus I (4,71 ± 1,80) e II (4,83 ± 2,08), enquanto o grau III apresentou menor média (3,00 ± 1,41). Os resultados completos estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 − Avaliação da força, resistência, repetições e contrações rápidas do assoalho pélvico segundo o grau de prolapso.

Variável	Grau POP	N	Média	Mediana	DP	Mín	Máx
Força (Oxford)	I	7	2,71	3	0,49	2	3
	II	12	2,5	2,5	0,52	2	3
	III	4	1,75	2	0,5	1	2
Resistência (s)	I	7	4,29	4	1,38	3	6
	II	12	3,08	3	1,44	0	6
	III	4	2,5	2,5	0,58	2	3
Repetições	I	7	0,57	0	0,79	0	2
	II	12	0,17	0	0,39	0	2
	III	4	0	0	0	0	0
Contrações rápidas	I	7	4,71	5	1,8	2	7
	II	12	4,83	4	2,08	3	10
	III	4	3	2,5	1,41	2	5

Fonte: Própria Autoria (2025).

Na análise da associação entre o grau de prolapso pélvico e a propriocepção do assoalho pélvico, observou−se que, entre as mulheres com POP grau I, predominou a

propriocepção satisfatória (57,1%). No grau II, a maioria apresentou propriocepção parcial (50,0%), seguida de mínima (25,0%) e satisfatória (25,0%). Já no grau III, três das quatro participantes (75,0%) demonstraram propriocepção mínima. Apesar dessa tendência de piora da propriocepção com o aumento do grau de POP, a associação não atingiu significância estatística (Teste Exato de Fisher, p = 0,095) (Tabela 7).

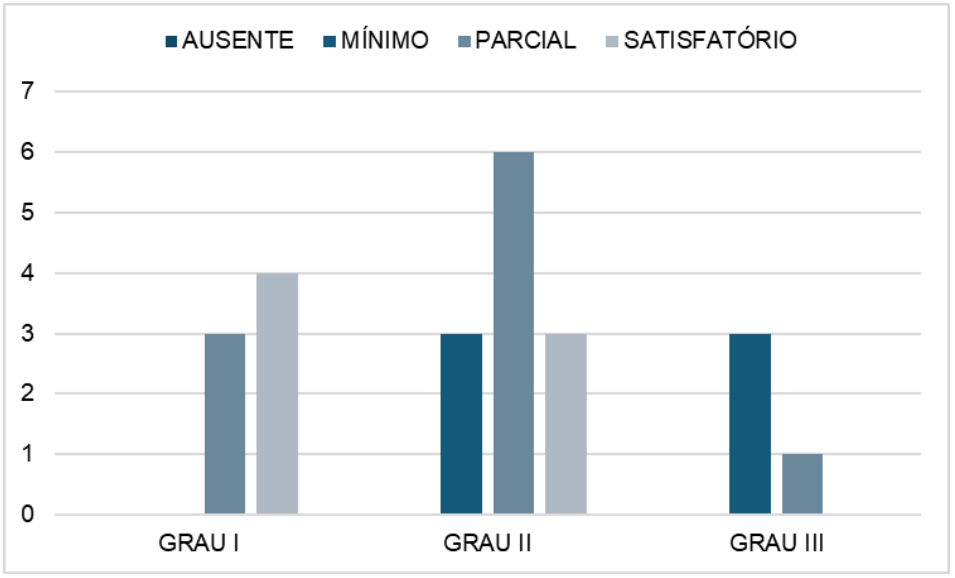
Tabela 7 – Associação entre o grau de prolapso pélvico e a propriocepção do assoalho pélvico.

Grau POP	Parcial (N,%)	Satisfatória (N,%)	Mínima (N,%)	Total (N,%)
I	3 (42,9%)	4 (57,1%)	0 (0,0%)	7 (100%)
II	6 (50,0%)	3 (25,0%)	3 (25,0%)	12 (100%)
III	1 (25,0%)	0 (0,0%)	3 (75,0%)	4 (100%)
Total	10 (43,5%)	7 (30,4%)	6 (26,1%)	23 (100%)

Teste Exato de Fisher: p = 0,095; N = 23

Fonte: Própria Autoria (2025).

Figura 4 – Distribuição da propriocepção do assoalho pélvico segundo o grau de POP.



Fonte: Própria Autoria (2025).

DISCUSSÃO

Em relação ao perfil sociodemográfico, observou–se predominância de mulheres com ensino médio completo e renda familiar de até três salários mínimos, Maduenho et al. (2022) identificaram que o nível de escolaridade está associado ao conhecimento sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde da mulher. As autoras observaram que

mulheres com menor grau de instrução demonstraram maior desconhecimento sobre as possibilidades de atuação na área pélvica.

A literatura nacional indica que o acesso à informação e aos serviços especializados de fisioterapia pélvica ainda é restrito, mesmo em centros urbanos. Stein et al. (2018), ao investigarem o conhecimento de profissionais da rede pública sobre o tema, verificaram uma compreensão limitada quanto às indicações e benefícios da fisioterapia pélvica. Essa lacuna profissional repercute diretamente sobre a população usuária do Sistema Único de Saúde, reduzindo o número de encaminhamentos para tratamento conservador e contribuindo para o predomínio de casos leves e moderados em contextos clínicos semelhantes ao deste estudo.

A baixa representatividade de mulheres com prolapso avançado (grau III) na amostra pode estar relacionada a múltiplos fatores. Embora os trabalhos analisados não ofereçam explicações diretas, os achados de Maduenho et al. (2022) e de Stein et al. (2018) sugerem que o desconhecimento populacional sobre a fisioterapia pélvica, aliado à escassez de ações educativas e à falta de integração entre os serviços de saúde, constitui uma barreira importante ao acesso à assistência especializada e à continuidade do cuidado.

Ambos os estudos destacam a insuficiência de estratégias de divulgação e de formação continuada sobre fisioterapia pélvica entre profissionais da atenção básica, o que resulta em menor reconhecimento dessa área como recurso terapêutico e preventivo. Assim, é plausível que mulheres com graus mais avançados de prolapso enfrentem obstáculos adicionais para participar de programas de reabilitação ou de pesquisas clínicas.

Diante disso, os achados sociodemográficos e clínicos observados neste estudo devem ser interpretados com cautela, uma vez que refletem não apenas aspectos fisiopatológicos, mas também condicionantes sociais e institucionais que influenciam o perfil das participantes. A literatura nacional revisada enfatiza a necessidade de fortalecer a integração entre os serviços de atenção primária e a fisioterapia pélvica, ampliando o reconhecimento dessa área como componente do cuidado integral à saúde da mulher (Stein et al., 2018; Maduenho et al., 2022).

Os resultados do presente estudo indicaram uma tendência de redução da

propriocepção e da coordenação motora do assoalho pélvico com o aumento do grau de prolapso, ainda que sem diferença estatisticamente significativa. Embora a literatura nacional revisada não aborde especificamente a relação entre propriocepção e prolapso pélvico, o conceito fisiológico de propriocepção permite uma interpretação coerente dos achados.

Segundo Gelener, İyigün e Özmanevra (2023), a propriocepção é o mecanismo pelo qual o sistema nervoso central integra informações provenientes de mecanorreceptores musculares e articulares, possibilitando o controle preciso do movimento e do tônus postural. Assim, alterações estruturais ou funcionais nas fibras musculares e nas vias sensoriais podem comprometer a capacidade de percepção e ajuste motor, mesmo na ausência de dor.

Stein et al. (2018) relatam que muitos profissionais da rede pública de saúde ainda carecem de conhecimento técnico para identificar disfunções relacionadas à contração e ao relaxamento dessa musculatura, o que dificulta tanto o diagnóstico precoce quanto a reabilitação adequada. De modo semelhante, Louredo (2021) observou que é frequente a dificuldade de compreender o papel da musculatura perineal na sustentação dos órgãos e na percepção corporal. Tais evidências sugerem que, para além de déficits anatômicos, o prolapso pélvico pode estar associado a falhas no controle sensório−motor decorrentes de falta de conscientização corporal e de estímulo proprioceptivo ao longo da vida.

No presente estudo, a coordenação motora do assoalho pélvico mostrou−se insatisfatória em grande parte das participantes com graus II e III de prolapso, ao passo que aquelas com grau I apresentaram desempenho mais satisfatório. Essa diferença pode refletir tanto o comprometimento biomecânico progressivo quanto a ausência de treino sensorial direcionado. Gelener et al. (2023) destacam que a propriocepção depende de aferências contínuas entre músculos, tendões e sistema nervoso central, e que a inatividade ou a disfunção crônica reduzem a acurácia dessa comunicação. Assim, embora não existam estudos que relacionem diretamente o prolapso à perda proprioceptiva, o mecanismo fisiológico descrito pelos autores é compatível com a tendência observada nesta amostra.

Outro aspecto relevante foi a dificuldade de relaxamento após a contração

voluntária, observada principalmente nas mulheres com graus mais avançados de prolapso. Nenhum dos estudos nacionais avaliados descreve essa variável de forma específica, o que limita comparações diretas. Ainda assim, é possível considerar que essa limitação funcional possa estar associada à falta de conhecimento sobre o papel da musculatura do assoalho pélvico e às orientações inadequadas sobre sua ativação e relaxamento.

Nesse sentido, Maduenho et al. (2022) destacam que o desconhecimento sobre a fisioterapia pélvica é amplo entre mulheres brasileiras, o que pode contribuir para a ausência de percepção adequada dessa região corporal e, consequentemente, para padrões de ativação muscular menos eficientes. Tal interpretação ajuda a compreender o padrão identificado, sugerindo que o déficit proprioceptivo pode se expressar não apenas como fraqueza, mas também como dificuldade em dissociar e relaxar a musculatura pélvica após o esforço voluntário.

A análise do escore PERFECT revelou, ainda, diminuição progressiva da força e da resistência com o agravamento do prolapso. Esse achado é consistente com a literatura nacional que descreve a perda de eficiência contrátil do assoalho pélvico em condições de disfunção ou desuso. Stein et al. (2018) salientam que a falta de encaminhamento para fisioterapia e o predomínio de condutas centradas em tratamentos cirúrgicos ou medicamentosos contribuem para a subvalorização da reabilitação muscular e sensorial dessa região. Dessa forma, a limitação observada nos escores de força e resistência pode refletir tanto alterações anatômicas quanto um histórico de ausência de treinamento proprioceptivo e motor.

Ainda que a amostra reduzida limite inferências estatísticas, os dados deste estudo sugerem que o componente sensório−motor tem relevância clínica no contexto do prolapso pélvico e deve ser investigado em maior profundidade em pesquisas futuras. A carência de estudos nacionais sobre propriocepção aplicada à saúde pélvica, em especial no POP, reforça a necessidade de ampliação do debate científico sobre o tema.

A análise dos escores relacionados à qualidade de vida evidenciou que o aumento do grau de prolapso pélvico esteve associado a maior percepção de desconforto, limitação nas atividades diárias e piora em aspectos emocionais e sociais.

Esses achados corroboram observações descritas em estudos nacionais que discutem a influência das disfunções do assoalho pélvico sobre o cotidiano feminino, especialmente no contexto de saúde pública.

Embora a literatura consultada não trate especificamente da correlação entre graus de prolapso e impacto psicossocial, os trabalhos de Louredo (2021) e Stein et al. (2018) destacam que a ausência de tratamento adequado e a falta de informação sobre estratégias conservadoras repercutem negativamente na percepção de bem−estar e na autoconfiança das mulheres acometidas.

De forma semelhante, o estudo de Andrade et al. (2023) evidencia que o desconhecimento sobre a atuação da fisioterapia pélvica ainda constitui uma barreira importante ao manejo das queixas uroginecológicas. As autoras relatam que tanto usuárias quanto profissionais da rede pública demonstram compreensão limitada sobre o potencial da reabilitação pélvica na redução de sintomas e na melhora da funcionalidade.

Essa lacuna pode contribuir para a manutenção de sintomas crônicos e para a persistência do impacto emocional, conforme identificado na amostra do presente estudo, em que participantes com prolapso de graus II e III relataram interferência mais intensa em aspectos emocionais, como ansiedade e sentimento de constrangimento.

Os resultados também sugerem que as limitações funcionais decorrentes do prolapso afetam de maneira desigual as diferentes dimensões da vida cotidiana. O comprometimento das atividades domésticas e sociais foi mais pronunciado entre mulheres com graus mais elevados da condição. Em relação à dimensão sexual, observou−se que parte das mulheres relatou redução da satisfação e do desempenho sexual, especialmente nos graus mais avançados de prolapso.

Esse achado converge parcialmente com as observações de Barbosa et al. (2021), que identificaram, em mulheres submetidas à fisioterapia pélvica, melhora na percepção corporal, no prazer e na afetividade, resultando em maior satisfação sexual e melhor qualidade de vida.

No entanto, os autores também ressaltam que a vivência da sexualidade feminina não decorre exclusivamente de fatores físicos, mas também de elementos subjetivos e contextuais. A percepção de limitação funcional tende a ser modulada pelo

acesso ao tratamento, pelo nível de escolaridade e pela rede de apoio social, variáveis que se mostraram heterogêneas na amostra estudada. Considerando o contexto do presente estudo, o estigma em torno do tema e a escassez de acompanhamento especializado podem ter contribuído para a variabilidade das respostas observadas entre as participantes.

Essa heterogeneidade é coerente com o que Stein et al. (2018) descrevem a respeito da desigualdade no acesso à reabilitação pélvica no sistema público, que permanece concentrada em grandes centros urbanos. Dessa forma, o contexto regional e socioeconômico deve ser reconhecido como elemento mediador dos desfechos observados, influenciando tanto a experiência subjetiva da doença quanto às possibilidades de enfrentamento.

A partir desse conjunto de observações, é possível compreender que o prolapso pélvico, além de uma condição anatômica, manifesta−se como um fenômeno funcional e psicossocial que compromete diferentes dimensões da vida das mulheres. Ainda que os resultados apresentados não permitam generalizações amplas, eles reforçam a relevância de uma abordagem interdisciplinar e preventiva, capaz de integrar aspectos físicos, emocionais e sociais no manejo dessa condição.

Alguns aspectos metodológicos do presente estudo merecem consideração quanto à sua influência na interpretação dos resultados. A principal limitação refere−se ao número reduzido de participantes, o que restringe a aplicação de análises inferenciais mais robustas e limita a generalização dos achados para outras populações.

Outro ponto a ser considerado é a distribuição desigual entre os graus de prolapso, especialmente a pequena representatividade de casos classificados como grau III. Essa desproporção pode estar associada a barreiras de acesso a serviços especializados, à limitação de transporte e à ausência de triagem efetiva na atenção básica, fatores identificados por Stein et al. (2018) como obstáculos persistentes à detecção e ao encaminhamento adequados de mulheres com disfunções pélvicas mais graves. Além disso, aspectos culturais e o constrangimento em participar de pesquisas que envolvem avaliação íntima podem ter contribuído para a menor adesão de mulheres com sintomatologia mais acentuada.

No que se refere à análise funcional, deve−se reconhecer que os instrumentos

utilizados para avaliar propriocepção e controle motor do assoalho pélvico ainda carecem de padronização na literatura nacional. Nenhum dos estudos revisados apresentou protocolos validados especificamente para mensurar o componente proprioceptivo dessa musculatura, o que evidencia uma lacuna metodológica importante.

A discussão teórica sobre propriocepção presente em Gelener, İyigün e Özmanevra (2023) oferece uma base fisiológica para compreender os mecanismos gerais de controle sensório−motor, mas não substitui a necessidade de pesquisas aplicadas à realidade clínica do prolapso pélvico. Portanto, os resultados relativos à propriocepção neste estudo devem ser interpretados como indicativos e não conclusivos.

Outra limitação relevante diz respeito ao recorte geográfico da amostra, composta exclusivamente por mulheres residentes em uma capital da região Norte. Esse contexto particular caracterizado por variação na disponibilidade de serviços e menor oferta de reabilitação fisioterapêutica impede extrapolações diretas para outras regiões do país. Andrade et al. (2023) enfatizam que a organização da atenção fisioterapêutica ainda é heterogênea entre os estados brasileiros, o que reforça a importância de considerar as especificidades locais ao analisar dados clínicos e funcionais.

Apesar dessas limitações, os resultados obtidos fornecem subsídios relevantes para refletir sobre a necessidade de ampliar a integração entre a fisioterapia pélvica e a atenção básica em saúde, ponto recorrente nas produções nacionais analisadas. Tanto Louredo (2021) quanto Stein et al. (2018) destacam que o fortalecimento dessa interface poderia favorecer a detecção precoce de disfunções, a implementação de estratégias educativas e a promoção de ações preventivas voltadas à saúde pélvica feminina.

Considerando essas observações, recomenda−se que estudos futuros ampliem o tamanho amostral e explorem metodologias padronizadas para mensurar a propriocepção do assoalho pélvico, de modo a aprofundar a compreensão sobre a relação entre função sensório−motora e gravidade do prolapso. Investigações multicêntricas e abordagens longitudinais poderiam contribuir para validar instrumentos de avaliação e estabelecer parâmetros comparativos entre diferentes contextos sociogeográficos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que a gravidade do prolapso pélvico está associada à piora nos aspectos funcionais do assoalho pélvico e na percepção de qualidade de vida das mulheres avaliadas. Observou−se que graus mais avançados de prolapso estiveram relacionados à maior comprometimento da coordenação motora, da propriocepção e da capacidade de relaxamento muscular, além de repercussões negativas nos domínios físico e emocional do questionário P−QoL.

De modo geral, as mulheres com prolapso leve apresentaram melhor controle muscular e menores impactos na vida diária, enquanto aquelas com graus moderado e severo relataram mais limitações e desconforto associados à condição.

Cabe destacar que se trata de um estudo preliminar, com amostra reduzida, que abre espaço para novas investigações sobre os mecanismos neuromusculares envolvidos no prolapso e a influência da propriocepção na funcionalidade do assoalho pélvico. Além disso, percebeu−se certo desconhecimento das próprias participantes sobre sua condição clínica, o que possivelmente interferiu na distribuição e percepção autorreferida dos sintomas.

Dessa forma, reforça−se a importância da educação em saúde, da avaliação fisioterapêutica individualizada e da realização de novos estudos com amostras ampliadas, a fim de aprofundar a compreensão sobre a relação entre propriocepção, função muscular e qualidade de vida em mulheres com prolapso pélvico.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. A. et al. **Conhecimento feminino sobre a fisioterapia pélvica na atenção primária**. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 12, 2023. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd−v12i12.44132. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/44132. Acesso em: 15 set. 2025.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BARBOSA, P. R. et al. **A FISIOTERAPIA PÉLVICA NA QUALIDADE DA VIDA SEXUAL/AFETIVA FEMININA**. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, [S. l.], v. 32, n. 2, 2021. DOI: 10.35919/rbsh.v32i2.974. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/974. Acesso em: 2 nov. 2025.

MADUENHO, T. Dos R. C. et al.. **Perfil do conhecimento de mulheres sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde da mulher.** *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 29, n. 3, p. 252–257, jul. 2022.

DOI: https://doi.org/10.1590/1809−2950/21005029032022PT. Disponível em: https://www.scielo.br/j/fp/a/NqyXz33ts8DD9CDH9RGGsvj/?format=html&lang=pt. Acesso em: 18 set. 2025.

GELENER, P.; İYIGÜN, G.; ÖZMANEVRA, R. **Proprioception and clinical correlation**. In: VEGA, J. A.; COBO, J. (eds.). *Proprioception*. London: IntechOpen, 2021. Disponível em: https://www.intechopen.com/chapters/75009. Acesso em: 1 mar. 2025.

PROSKE, U.; GANDEVIA, S.C. **The proprioceptive senses: their roles in signaling body shape, body position and movement, and muscle force**. *Physiological Reviews*, v. 92, n. 4, p. 1651–1697, 1 out. 2012. DOI: https://doi.org/10.1152/physrev.00048.2011. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23073629/. Acesso em: 27 ago. 2025.

RODRIGUES, A. M. et al. **Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira**. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 31, n. 1, p. 17–21, jan. 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100−72032009000100004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0100−72032009000100004. Acesso em: 19 fev. 2025.

SANTOS, F. M. dos; SANTOS, A. M. dos; FACHIN, L. P. **Perfil epidemiológico do prolapso genital feminino no Brasil, no período de 2019 a 2023**. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*, [S. l.], v. 18, n. 2, p. e15650, 2025. DOI: 10.55905/revconv.18n.2−291. Disponível em: https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/15650. Acesso em: 27 ago. 2025.

SILVA, B. T. de O. et. al. **Características epidemiológicas de prolapso genital no Brasil**. In. FREITAS, G. B. F. De; REZENDE, A. N. P. **Saúde da Mulher - Edição XVI**. Editora: Pasteur, Irati − PR, p. 29−37, 11 abr. 2024. DOI: http://dx.doi.org/10.59290/978−65−6029−099−0.5. Acesso em: 22 set. 2025.

SILVA, M. P. P.; MARQUES, A. A.; AMARAL, M. T. P. do. **Tratado de fisioterapia em saúde da mulher**. 2. ed. Rio de Janeiro: *Guanabara Koogan*, 2018.

STEIN, S. R. et al. **Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública.** *Rev Ciênc Med*. 2018; 27(2):65−72. DOI: http://dx.doi.org/10.24220/2318−0897v27n2a4242. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio−980792. Acesso em: 15 set. 2025

VELLOSO, F. S. B. **Exame das funções sensoriais e musculares do assoalho pélvico (EFSMAP): desenvolvimento, confiabilidade e validação para mulheres com incontinência urinária**. 2018. *Tese (Doutorado em Ciências da Reabilitação) − Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional*. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: http://hdl.handle.net/1843/37868. Acesso em: 2 mar. 2025.