

Intervenção fisioterapêutica na reabilitação do prolapso genital do tipo cistocele: uma revisão de literatura

Physical therapy intervention in the rehabilitation of cystocele-type genital prolapse: a literature review

Karine Francisca Gonçalves da Silva Xavier¹

Paloma Taina França Cardoso Nogueira²

RESUMO: O prolapso de órgãos pélvicos (POP), do qual a cistocele é a apresentação mais frequente, decorre do enfraquecimento das estruturas miofasciais de sustentação do assoalho pélvico. Representa causa relevante de morbidade não fatal, com repercussões físicas, psicológicas e sociais para a mulher. **OBJETIVO:** Descrever e discutir criticamente a literatura sobre a fisiopatologia da cistocele e sobre a efetividade da intervenção fisioterapêutica em sua reabilitação. **METODOLOGIA:** Revisão narrativa da literatura, com busca nas bases SciELO, PubMed/MEDLINE, LILACS, BVS e Cochrane Library, em português e inglês, com preferência por publicações de 2021 a 2026 e inclusão de obras clássicas para os conceitos fundamentais. **RESULTADOS:** Entre 2021 e 2025, o Brasil registrou 206.066 internações por prolapso genital feminino, com concentração na Região Nordeste e predomínio de mulheres de 60 a 69 anos. O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) é a principal intervenção conservadora descrita para prolapsos leves a moderados. A revisão Cochrane indicou aumento relativo de 17% na chance de melhora do estágio do prolapso em comparação à ausência de tratamento, com base na combinação de apenas dois ensaios. Revisões posteriores apontaram melhora de sintomas, da função do assoalho pélvico e da qualidade de vida, mas com resultados inconclusivos quanto ao estágio do prolapso. Biofeedback, eletroestimulação e cones vaginais são descritos como recursos complementares ao TMAP. **CONCLUSÃO:** O TMAP é a intervenção fisioterapêutica conservadora com maior respaldo na literatura para mulheres com prolapso leve a moderado, incluindo a cistocele. A heterogeneidade dos protocolos, a fragilidade metodológica de parte dos ensaios e a escassez de estudos brasileiros limitam a padronização de condutas e indicam a necessidade de novas pesquisas.

Palavras-chave: Fisioterapia. Prolapso de Órgão Pélvico. Cistocele. Diafragma da Pelve. Qualidade de Vida.

ABSTRACT: Pelvic organ prolapse (POP), of which cystocele is the most frequent presentation, results from the weakening of the myofascial structures that support the pelvic floor. It is a relevant cause of non-fatal morbidity, with physical, psychological and social

¹ Graduandas em CURSO DE FISIOTERAPIA das Faculdades Integradas Aparício Carvalho – FIMCA

² Docente das Faculdades Integradas Aparício Carvalho – FIMCA.

repercussions for women. **OBJECTIVE:** To describe and critically discuss the literature on the pathophysiology of cystocele and on the effectiveness of physical therapy in its rehabilitation. **METHODOLOGY:** A narrative literature review, with searches in SciELO, PubMed/MEDLINE, LILACS, BVS and Cochrane Library, in Portuguese and English, prioritizing publications from 2021 to 2026 and including classic works for fundamental concepts. **RESULTS:** Between 2021 and 2025, Brazil recorded 206,066 hospitalizations for female genital prolapse, concentrated in the Northeast Region and predominantly among women aged 60 to 69. Pelvic floor muscle training (PFMT) is the main conservative intervention described for mild to moderate prolapse. The Cochrane review reported a 17% relative increase in the chance of improvement in prolapse stage compared with no treatment, based on the pooling of only two trials. Later reviews reported improvements in symptoms, pelvic floor function and quality of life, but inconclusive results regarding prolapse stage. Biofeedback, electrical stimulation and vaginal cones are described as complementary to PFMT. **CONCLUSION:** PFMT is the conservative physical therapy intervention with the strongest support in the literature for women with mild to moderate prolapse, including cystocele. Protocol heterogeneity, methodological weaknesses in part of the trials and the scarcity of Brazilian studies limit the standardization of care and point to the need for further research.

Keywords: Physical Therapy. Pelvic Organ Prolapse. Cystocele. Pelvic Floor. Quality of Life.

INTRODUÇÃO

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) caracteriza-se pelo deslocamento descendente de um ou mais compartimentos vaginais (anterior, posterior ou apical). Ele decorre da perda de sustentação oferecida pelos músculos do assoalho pélvico, pelas fâscias e pelos ligamentos. Trata-se de uma condição multifatorial, associada ao envelhecimento, à menopausa, à multiparidade, ao parto vaginal e a situações que aumentam de forma crônica a pressão intraabdominal (MORAIS et al., 2026). Embora não represente ameaça à vida, o POP é causa relevante de morbidade, pois pode comprometer a funcionalidade, a vida sexual e o bem-estar psicossocial das mulheres, sendo descrito como fator associado a ansiedade, isolamento social e depressão (BARACHO, 2018; ALMEIDA et al., 2025).

Estudos epidemiológicos indicam que até 50% das mulheres multíparas apresentam algum grau de prolapso à avaliação clínica, embora apenas de 10% a 20% desenvolvam sintomas relevantes que motivem a busca por atendimento especializado (MORAIS et al., 2026). No Brasil, levantamento com dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS-DATASUS) identificou 206.066 internações por prolapso genital feminino entre 2021 e 2025. Observou-se crescimento acentuado a partir de 2022, atribuído, entre outros fatores, à retomada dos procedimentos eletivos represados durante a pandemia de covid-19.

As intenações concentraram-se entre mulheres de 60 a 69 anos, de cor parda, e foram predominantemente eletivas (MORAIS et al., 2026).

Entre os subtipos de prolapso, a cistocele, que consiste na herniação da parede vaginal anterior associada à descida da bexiga, é a apresentação mais prevalente na prática uroginecológica (SANTOS et al., 2005). Seus sintomas variam conforme o grau de descenso e incluem sensação de peso ou abaulamento vaginal, aumento da urgência e da frequência miccional, esvaziamento vesical incompleto e desconforto durante a relação sexual, manifestações que se intensificam com a evolução do quadro (BARACHO, 2018).

Nesse cenário, o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) é o principal recurso conservador para mulheres com prolapso sintomático em estágios iniciais, sendo recomendado por diretrizes nacionais e internacionais (MORAIS et al., 2026; HAGEN; STARK, 2021). Seus objetivos são reduzir os sintomas, melhorar a função muscular e retardar a progressão da doença, com potencial de reduzir a necessidade de cirurgia em casos selecionados. Recursos como biofeedback, eletroestimulação e cones vaginais são utilizados de forma complementar. Persiste, contudo, a escassez de estudos brasileiros, sobretudo estudos de caso e séries clínicas realizados em clínicas-escola, que documentem de forma sistemática a resposta de pacientes com cistocele ao tratamento conservador (FERREIRA et al., 2026).

Esta revisão narrativa da literatura tem por objetivo descrever e discutir criticamente a produção científica sobre a fisiopatologia da cistocele e sobre a efetividade da intervenção fisioterapêutica em sua reabilitação, de modo a subsidiar a prática clínica baseada em evidências.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, delineamento adequado para descrever e discutir criticamente o estado da arte de um tema, sem a aplicação de um protocolo sistemático de busca, seleção e análise dos dados (ROTHER, 2007). Portanto, não se trata de revisão sistemática nem de metanálise, e os achados aqui apresentados não constituem síntese quantitativa da evidência.

O levantamento foi realizado nas bases SciELO, PubMed/MEDLINE, LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Cochrane Library. Foram utilizados os descritores “prolapso de órgãos pélvicos”, “cistocele”, “assoalho pélvico” e “fisioterapia”, e seus

equivalentes em inglês (“pelvic organ prolapse”, “cystocele”, “pelvic floor” e “physical therapy”), combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas e integrativas, estudos observacionais e ensaios clínicos, em português ou inglês, com texto completo disponível, que abordassem a fisiopatologia, a epidemiologia ou o tratamento fisioterapêutico do prolapso genital, com ênfase na cistocele. Foram excluídos resumos de congresso, materiais sem revisão por pares e conteúdos de caráter comercial ou de divulgação não científica.

A seleção ocorreu em três etapas: leitura de títulos e resumos, leitura integral dos textos potencialmente elegíveis e extração dos dados de cada estudo (autores, ano, delineamento, amostra, intervenção avaliada, principais resultados e limitações). Como a revisão é narrativa, os estudos foram escolhidos pela relevância para o tema, sem cálculo amostral e sem avaliação formal do risco de viés; as limitações metodológicas foram discutidas de forma qualitativa. Os estudos mais relevantes foram organizados no Quadro 1, para favorecer a comparação crítica entre os achados.

Deu-se preferência a publicações de 2021 a 2026, por refletirem a evidência mais atual e o panorama brasileiro recente. Publicações anteriores foram mantidas por dois motivos. O primeiro é que representam marcos conceituais ainda vigentes e sem equivalente recente: a padronização internacional da terminologia do prolapso (BUMP et al., 1996); a anatomia e a avaliação do assoalho pélvico (BARACHO, 2018; RODRIGUES, 2009; BØ et al., 2015); a classificação e o tratamento do prolapso genital (SANTOS et al., 2005; LIMA, 2012); e a descrição dos recursos fisioterapêuticos (PIASSAROLLI et al., 2010; FILHO et al., 2013). O segundo é que a produção nacional recente sobre esses tópicos é escassa. Esses trabalhos foram utilizados como base conceitual, e não como evidência sobre a efetividade do tratamento, que se apoia nos estudos mais recentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Anatomia, fisiopatologia e classificação

O assoalho pélvico é constituído por músculos, fáscias e ligamentos que fecham a cavidade pélvica inferior, limitada anteriormente pelo arco púbico e posteriormente pelo cóccix. O diafragma pélvico propriamente dito é formado pelo músculo levantador do ânus (subdividido em pubococcígeo, puborretal e iliococcígeo) e pelo músculo coccígeo, estruturas que fecham medialmente a vagina, a uretra e o reto e sustentam os órgãos pélvicos (BARACHO, 2018). Essa musculatura desempenha função tríplice: sustentação visceral,

controle da continência urinária e fecal e participação na função sexual (BØ et al., 2015). Do ponto de vista funcional, transmite pressão à bexiga e à uretra, mantendo a pressão uretral superior à vesical e viabilizando o mecanismo de continência (BARACHO, 2018).

O enfraquecimento progressivo dessa musculatura compromete a capacidade de suporte dos órgãos pélvicos e predispõe ao prolapso genital. Ele decorre de fatores intrínsecos, como predisposição hereditária, etnia e alterações do tecido conjuntivo, e de fatores extrínsecos, como gestação, parto vaginal, obesidade, tabagismo, constipação intestinal crônica e envelhecimento (BARACHO, 2018). Anatomicamente, o POP é considerado uma herniação do conteúdo pélvico através do canal vaginal, associada ao relaxamento da fâscia endopélvica (RODRIGUES, 2009; BARACHO, 2018).

O descenso da parede vaginal é tradicionalmente descrito em graus de I a IV, conforme a posição do ponto de maior prolapso em relação ao introito vaginal: do descenso ainda contido na vagina (grau I) ao prolapso completo, exteriorizado (grau IV). A padronização internacional POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) refinou esse sistema ao introduzir pontos anatômicos de referência objetivos e reprodutíveis (BUMP et al., 1996) (Figura 1). Entre os subtipos, a cistocele, prolapso da parede vaginal anterior associado à descida da bexiga por defeito na fâscia pubocervical, é a apresentação mais comum na prática clínica (SANTOS et al., 2005).

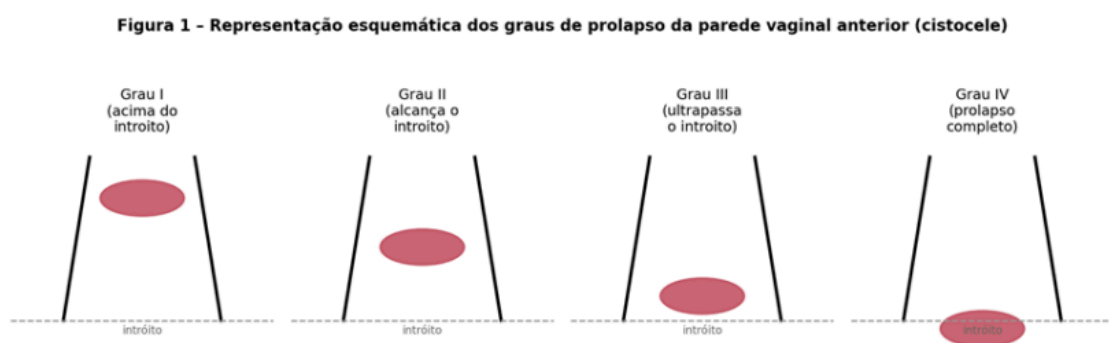


Figura 1 – Representação esquemática dos graus de prolapso da parede vaginal anterior (cistocele), com base na classificação POP-Q de Bump et al. (1996).

Fonte: Elaborada pelas autoras (2026), com base em Bump et al. (1996) e Baracho (2018).

Além da graduação, o POP é classificado conforme o compartimento vaginal acometido. A cistocele corresponde ao prolapso da parede anterior, associado à descida da bexiga; a retoccele, ao prolapso da parede posterior, relacionado à descida do reto; o prolapso

apical envolve a descida do útero ou da cúpula vaginal pós-histerectomia; e o prolapso total caracteriza-se pelo envolvimento simultâneo de todos os compartimentos vaginais (BARACHO, 2018) (Figura 2).

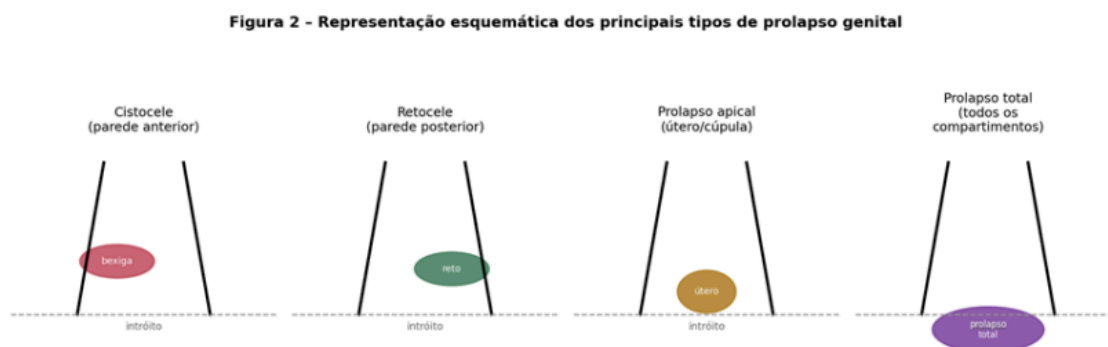


Figura 2 – Representação esquemática dos principais tipos de prolapso genital, segundo o compartimento vaginal acometido.

Fonte: Elaborada pelas autoras (2026), com base em Baracho (2018) e Rodrigues (2009).

3.2 Panorama epidemiológico no Brasil

O impacto do POP no Brasil foi recentemente dimensionado por estudo que analisou dados do SIH/SUS entre 2021 e 2025 e identificou 206.066 internações por prolapso genital feminino. O menor volume ocorreu em 2021 (8,91%), atribuído à suspensão de procedimentos eletivos durante a emergência sanitária da covid-19, e o maior em 2024 (25,65%), refletindo a retomada da demanda represada e o envelhecimento da população feminina (MORAIS et al., 2026) (Gráfico 1). A Região Nordeste concentrou o maior número de casos. As mulheres de 60 a 69 anos foram a faixa etária predominante (27,05% das internações), seguidas pelas de 50 a 59 anos (22,11%) e de 70 a 79 anos (17,74%), padrão coerente com o declínio hormonal do climatério e com o efeito cumulativo de fatores de risco ao longo da vida, como partos vaginais e aumento crônico da pressão intra-abdominal (MORAIS et al., 2026). O estudo identificou ainda predominância de internações eletivas (86%) e de mulheres de cor parda (58,04%), achado que os autores associam à composição demográfica brasileira e a possíveis desigualdades no acesso a diagnóstico precoce e a cuidados preventivos (MORAIS et al., 2026).

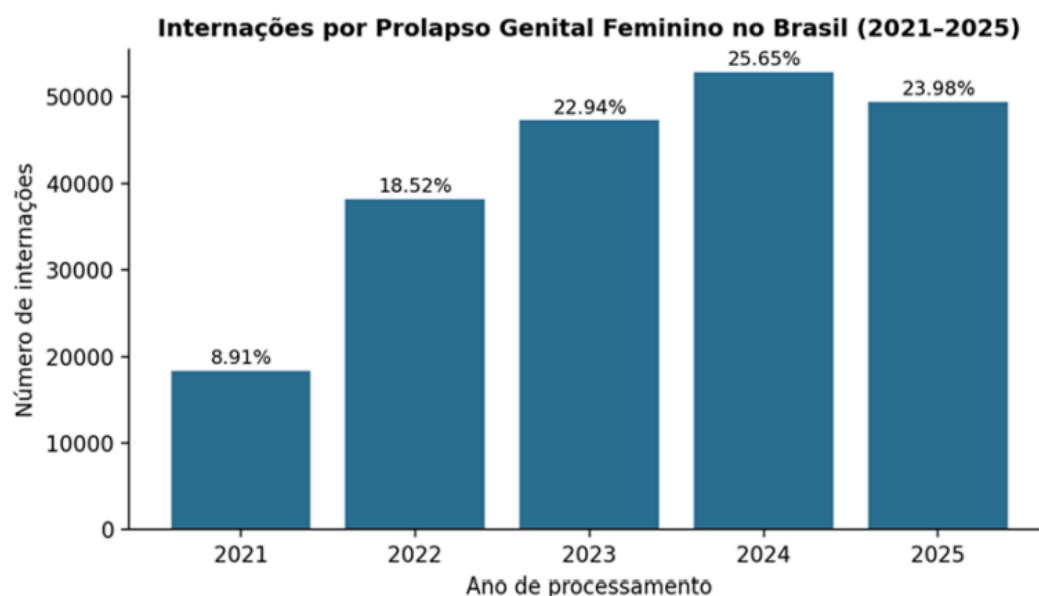


Gráfico 1 – Internações por prolapso genital feminino no Brasil, segundo o ano de processamento (2021–2025).

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026), com base em dados de Moraes et al. (2026), Fisioterapia Brasil, v. 27, n. 7.

Esses dados devem ser interpretados com cautela. Por se basearem em internações hospitalares, refletem sobretudo os casos que chegaram à cirurgia no sistema público e não a prevalência do prolapso na população. Além disso, tratam o prolapso genital de forma geral, sem distinguir a cistocele, e não captam mulheres tratadas de forma conservadora, na atenção ambulatorial ou na rede privada. Assim, o estudo é útil para dimensionar a demanda cirúrgica e justificar a ampliação do acesso à fisioterapia, mas não informa sobre a efetividade do tratamento conservador.

3.3 Tratamento do POP e o TMAP como principal intervenção conservadora

O tratamento do POP deve ser individualizado, considerando o tipo, o grau e a intensidade dos sintomas. Pode ser expectante em mulheres assintomáticas e conservador (fisioterapêutico) ou cirúrgico nos casos sintomáticos (LIMA, 2012). A cirurgia, que inclui técnicas como colporrafia anterior, reparo paravaginal, colpoperineorrafia, histerectomia vaginal e uso de telas, é indicada quando a condição interfere de forma significativa nas atividades da paciente ou quando o prolapso ultrapassa o intróito vaginal. Exige recuperação de aproximadamente seis semanas e acompanhamento médico rigoroso (LIMA, 2012; BARACHO, 2018). Contudo, nenhuma técnica cirúrgica garante eficácia total se os fatores

etiológicos permanecerem sem tratamento adequado (LIMA, 2012), o que reforça a relevância das abordagens conservadoras.

Entre elas, o TMAP é a intervenção conservadora com maior volume de evidência e é recomendado como primeira linha para mulheres com prolapso sintomático em estágios iniciais (MORAIS et al., 2026). Consiste em exercícios de contração voluntária e repetida da musculatura do assoalho pélvico, como os exercícios de Kegel, com progressão de carga e supervisão profissional. A revisão Cochrane de Hagen e Stark (2021) incluiu seis ensaios clínicos randomizados: quatro compararam o TMAP com ausência de intervenção (857 mulheres) e dois avaliaram o TMAP como complemento à cirurgia (118 mulheres). A combinação dos dados de apenas dois ensaios indicou que o TMAP aumenta em 17% a chance de melhora do estágio do prolapso em comparação à ausência de tratamento. Trata-se de uma medida relativa, e não de um aumento de 17 pontos percentuais na taxa de melhora. Os ensaios também indicaram melhora dos sintomas e da função muscular no grupo do TMAP, embora os sintomas tenham sido medidos de formas distintas entre os estudos.

A revisão sistemática de Espiño-Albela et al. (2022), que analisou 18 ensaios clínicos randomizados, encontrou melhora dos sintomas, da função do assoalho pélvico e da qualidade de vida em mulheres que realizaram protocolos de TMAP, tanto conservadores quanto associados à cirurgia. Por outro lado, não observou mudança significativa na função sexual e considerou inconclusivos os resultados sobre o estágio do prolapso. Gomes, Silva e Silva (2022) também descreveram benefícios da fisioterapia sobre a força e a funcionalidade do assoalho pélvico. A revisão integrativa de Silva e Livramento (2023) apontou benefícios consistentes, mas ponderou que a heterogeneidade dos protocolos quanto a frequência, intensidade e duração dificulta a padronização de condutas clínicas.

3.4 Recursos complementares ao TMAP

É importante distinguir o TMAP, principal intervenção conservadora avaliada nos ensaios clínicos e nas revisões sistemáticas, dos recursos que podem ser associados a ele. Biofeedback e perineometria traduzem em sinal visual ou sonoro a atividade elétrica ou pressórica do assoalho pélvico, permitindo à paciente corrigir o padrão de contração. A eletroestimulação neuromuscular é indicada sobretudo quando há dificuldade de percepção ou contração voluntária insuficiente. Os cones vaginais, utilizados em pesos progressivos, promovem o recrutamento reflexo e voluntário da musculatura. A cinesioterapia, centrada nos

exercícios de Kegel, corresponde ao próprio componente ativo do TMAP (FILHO et al., 2013; PIASSAROLLI et al., 2010) (Figura 3).



Figura 3 – Recursos e materiais utilizados na intervenção fisioterapêutica do assoalho pélvico.

Fonte: PELVIS CARE (2026)

Nas revisões analisadas, o papel de biofeedback, eletroestimulação e cones vaginais é descrito como auxiliar ao TMAP, sobretudo para o ensino da contração e a progressão do treino. Não foram identificadas, nos estudos incluídos, estimativas que comparem esses recursos ao TMAP isolado ou que demonstrem superioridade da associação. Os benefícios descritos por Gomes, Silva e Silva (2022) provêm de uma revisão da literatura, sem síntese quantitativa. A escolha e a combinação dos recursos devem, portanto, ser individualizadas conforme a força, a funcionalidade e a capacidade de percepção corporal de cada paciente.

3.5 Avaliação fisioterapêutica uroginecológica

A avaliação uroginecológica precede e fundamenta qualquer proposta de intervenção. A anamnese detalhada, com atenção à queixa principal, à duração e à intensidade dos sintomas e ao seu impacto na qualidade de vida, deve ser conduzida com sensibilidade, dado o desconforto frequente das pacientes em relatar sintomas urogenitais (BARACHO, 2018). O exame físico inclui a inspeção da vulva e da região perianal e a palpação das paredes vaginais por meio do toque bidigital, técnica que permite graduar a força muscular pela Escala de

Oxford Modificada, com escores de 0 a 5 (BARACHO, 2018). A perineometria, embora utilize princípio de mensuração distinto, correlaciona-se positivamente com a palpação digital vaginal, o que reforça a validade complementar dos dois métodos (BARACHO, 2018).

3.6 Análise crítica: concordâncias, divergências e limitações

Os estudos analisados concordam em dois pontos centrais: o POP tem impacto expressivo na qualidade de vida e o TMAP é a intervenção conservadora de primeira linha para casos leves a moderados. Essa convergência aparece nas revisões de Hagen e Stark (2021), Espiño-Albela et al. (2022), Gomes, Silva e Silva (2022) e Silva e Livramento (2023), e é coerente com os estudos observacionais. Ferreira et al. (2026), em Porto Velho (RO), mostraram que o comprometimento proprioceptivo do assoalho pélvico acompanha a progressão do prolapso, o que sugere que o treino deve incluir consciência corporal e controle motor. Almeida et al. (2025), em investigação europeia, associaram a gravidade do prolapso ao comprometimento de domínios físicos, sociais e emocionais da qualidade de vida, o que aponta para uma perspectiva biopsicossocial do cuidado.

As divergências aparecem principalmente nos desfechos anatômicos e em populações específicas. Hagen e Stark (2021) observaram maior chance de melhora do estágio do prolapso com o TMAP, ao passo que Espiño-Albela et al. (2022) consideraram esse resultado inconclusivo. Essa diferença pode decorrer do número reduzido de ensaios que mediram o estágio (apenas dois na revisão Cochrane), da variação nos protocolos e nos critérios de inclusão e das diferentes formas de mensuração. Em contrapartida, os desfechos de sintomas, função muscular e qualidade de vida foram mais consistentes entre as revisões. Quanto ao TMAP associado à cirurgia, Espiño-Albela et al. (2022) descrevem benefícios, mas Hagen e Stark (2021) apontam que os dois ensaios sobre o tema eram pequenos e não mediram desfechos específicos do prolapso, de modo que o benefício adicional permanece incerto.

As limitações da evidência são relevantes. Na revisão Cochrane, quatro dos seis ensaios eram pequenos (menos de 25 mulheres por grupo) e dois apresentavam risco de viés moderado a alto. Além disso, os sintomas foram medidos de formas diferentes entre os estudos e a avaliação da função muscular não foi cegada. A heterogeneidade dos protocolos, apontada por Silva e Livramento (2023), impede definir com precisão frequência, intensidade e duração ideais. Ademais, as evidências disponíveis tratam do POP de forma geral, sem estratificar por compartimento; sua aplicação à cistocele é, portanto, uma inferência clínica plausível, e não um resultado demonstrado especificamente para essa população. Por fim, os

estudos brasileiros identificados são majoritariamente observacionais ou baseados em dados administrativos, que descrevem o problema, mas não avaliam a resposta ao tratamento.

Em síntese, há convergência quanto à efetividade do TMAP na redução dos sintomas e na melhora funcional de mulheres com prolapso, sobretudo em estágios iniciais e moderados. Persistem, porém, lacunas quanto à padronização de protocolos, ao efeito sobre o estágio anatômico, ao papel dos recursos complementares e à escassez de estudos brasileiros que acompanhem a evolução do grau de prolapso e da funcionalidade muscular de forma longitudinal.

Quadro 1 – Síntese dos estudos analisados

Autor(es) / Ano	Tipo de estudo	Amostra / Contexto	Intervenção / recurso avaliado	Principais resultados	Principais limitações
Morais et al. (2026)	Estudo epidemiológico transversal e retrospectivo (SIH/SUS-DATASUS)	206.066 internações por prolapso genital feminino no Brasil, 2021–2025	Não se aplica (perfil da morbidade hospitalar; discute o papel da fisioterapia pélvica)	Concentração na Região Nordeste; predomínio de mulheres de 60 a 69 anos, de cor parda e internações eletivas (86%); menor volume em 2021 e maior em 2024	Dados administrativos de internação, que não medem prevalência; prolapso genital em geral, sem distinguir a cistocele; não avalia tratamento conservador nem sua efetividade
Hagen; Stark (2021)	Revisão sistemática Cochrane	6 ensaios clínicos randomizados: 4 de TMAP vs. controle (857 mulheres) e 2 de TMAP + cirurgia vs. cirurgia (118 mulheres)	TMAP (isolado ou como complemento à cirurgia)	Aumento relativo de 17% na chance de melhora do estágio do prolapso (dados de 2 ensaios); melhora de sintomas e da função muscular	Quatro ensaios pequenos (< 25 mulheres por grupo); dois com risco de viés moderado a alto; sintomas medidos de formas distintas; evidência insuficiente para o TMAP associado à cirurgia
Espiño-Albela et al. (2022)	Revisão sistemática	18 ensaios clínicos randomizados em mulheres com POP tratadas cirúrgica ou conservadoramente	TMAP (isolado ou associado à cirurgia)	Melhora de sintomas, função do assoalho pélvico e qualidade de vida; sem mudança significativa na função sexual	Resultados inconclusivos para o estágio do POP; população mista (cirúrgica e conservadora); POP em geral, sem análise específica da cistocele
Gomes; Silva; Silva (2022)	Revisão da literatura	Estudos sobre fisioterapia aplicada ao prolapso genital	Cinesioterapia, eletroestimulação, biofeedback e cones vaginais	Benefícios sobre a força e a funcionalidade do assoalho pélvico	Revisão narrativa, sem síntese quantitativa; não compara os recursos entre si nem com o TMAP isolado
Silva; Livramento (2023)	Revisão integrativa	Estudos sobre intervenção da fisioterapia pélvica no prolapso genital	Fisioterapia pélvica (TMAP e recursos associados)	Benefícios consistentes da fisioterapia pélvica	Heterogeneidade de frequência, intensidade e duração dos protocolos, o que dificulta a padronização
Ferreira et al. (2026)	Estudo observacional	Mulheres com prolapso pélvico atendidas em Porto Velho (RO)	Nenhuma (avaliação de gravidade, propriocepção e repercussões funcionais)	O comprometimento proprioceptivo acompanha a progressão do prolapso	Delineamento observacional: não permite inferir causalidade nem avalia o efeito do tratamento; amostra regional
Almeida et al. (2025)	Estudo observacional	Mulheres com prolapso de órgãos pélvicos	Nenhuma (avaliação da qualidade de vida)	Associação entre a gravidade do prolapso e o comprometimento da qualidade de vida	Delineamento observacional: não avalia intervenção; associação não implica causalidade

4 CONCLUSÃO

A presente revisão evidenciou que o prolapso genital do tipo cistocele, embora não represente risco à vida, é causa expressiva de morbidade física, psicológica e social entre mulheres brasileiras. Sua magnitude é documentada por mais de 200 mil internações registradas no país entre 2021 e 2025, com maior concentração entre mulheres de 50 a 79 anos, sobretudo de 60 a 69 anos.

A literatura nacional e internacional analisada converge ao apontar o treinamento dos músculos do assoalho pélvico como a principal intervenção fisioterapêutica conservadora, com benefícios sobre os sintomas, a função muscular e a qualidade de vida, especialmente em prolapso leves a moderados. O efeito sobre o estágio anatômico do prolapso é menos consistente, e os recursos complementares (biofeedback, eletroestimulação e cones vaginais) têm papel auxiliar, ainda sem evidência comparativa robusta. A heterogeneidade dos protocolos, a fragilidade metodológica de parte dos ensaios, a escassez de estudos brasileiros e a aplicação de evidências do POP em geral à cistocele limitam a padronização de condutas. Recomenda-se, assim, a realização de novos estudos que detalhem os protocolos de TMAP e avaliem desfechos específicos da cistocele.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. *et al.* A qualidade de vida da mulher com prolapso dos órgãos pélvicos. **Motricidade**, v. 21, n. 1, e40073, 2025. DOI: 10.6063/motricidade.40073.
- BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- BØ, K. *et al.* **Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor**: Bridging Science and Clinical Practice. 2. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier, 2015.
- BUMP, R. C. *et al.* The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 175, n. 1, p. 10-17, 1996.
- ESPIÑO-ALBELA, Andrea *et al.* Effects of Pelvic-Floor Muscle Training in Patients with Pelvic Organ Prolapse Approached with Surgery vs. Conservative Treatment: A Systematic Review. **Journal of Personalized Medicine**, v. 12, n. 5, p. 806, 2022.
- FERREIRA, K. V. S. *et al.* Gravidade do prolapso pélvico e propriocepção: repercussões funcionais e de qualidade de vida em mulheres de Porto Velho (RO). **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 11, p. 588-613, 2026. DOI: 10.36557/26748169.2025v7n11p588-613.

FILHO, S. L. A. *et al.* **Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária: revisão de literatura.** Belo Horizonte, 2013. albe

GOMES, T. S. A.; SILVA, T. A.; SILVA, K. C. C. Aplicação da fisioterapia e seus efeitos no prolapso genital. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, e17911628875, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i6.28875.

HAGEN, S.; STARK, D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, Art. No. CD003882, 2021. DOI: 10.1002/14651858.CD003882.pub4.

LIMA, M. I. M. Prolapso genital: revisão de literatura. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 1, n. 2, p. 114-123, 2012.

MORAIS, I. M. O. *et al.* Morbidade hospitalar no Brasil por prolapso genital feminino (2012-2025) e a atuação da fisioterapia pélvica. **Fisioterapia Brasil**, v. 27, n. 7, p. 4434-4444, 2026. DOI: 10.62827/fb.v27i7.1241.

PELVIS CARE FISIOTERAPIA PÉLVICA GOIÂNIA. Cones vaginais. Goiânia, 2026. Disponível em: <fisioterapiapelvicago.com.br>. Acesso em: 28 set. 2026.

PIASSAROLLI, P. V. *et al.* Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 234-240, 2010.

RODRIGUES, A. B. **Uroginecologia e Fisioterapia: Fisiopatologia e Tratamento.** São Paulo: Manole, 2009.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SANTOS, G. T. *et al.* Cistocele: diagnóstico e classificação clínica. **Femina**, v. 33, n. 8, p. 595-598, 2005.

SILVA, N. C. S.; LIVRAMENTO, R. A. Intervenção da fisioterapia pélvica no tratamento do prolapso genital: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 3402-3414, 2023. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n5p3402-3414.

PANSERA, A. *et al.* The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. **International Urogynecology Journal**, v. 33, n. 7, p. 1709-1721, 2022. PMCID: PMC9142907.