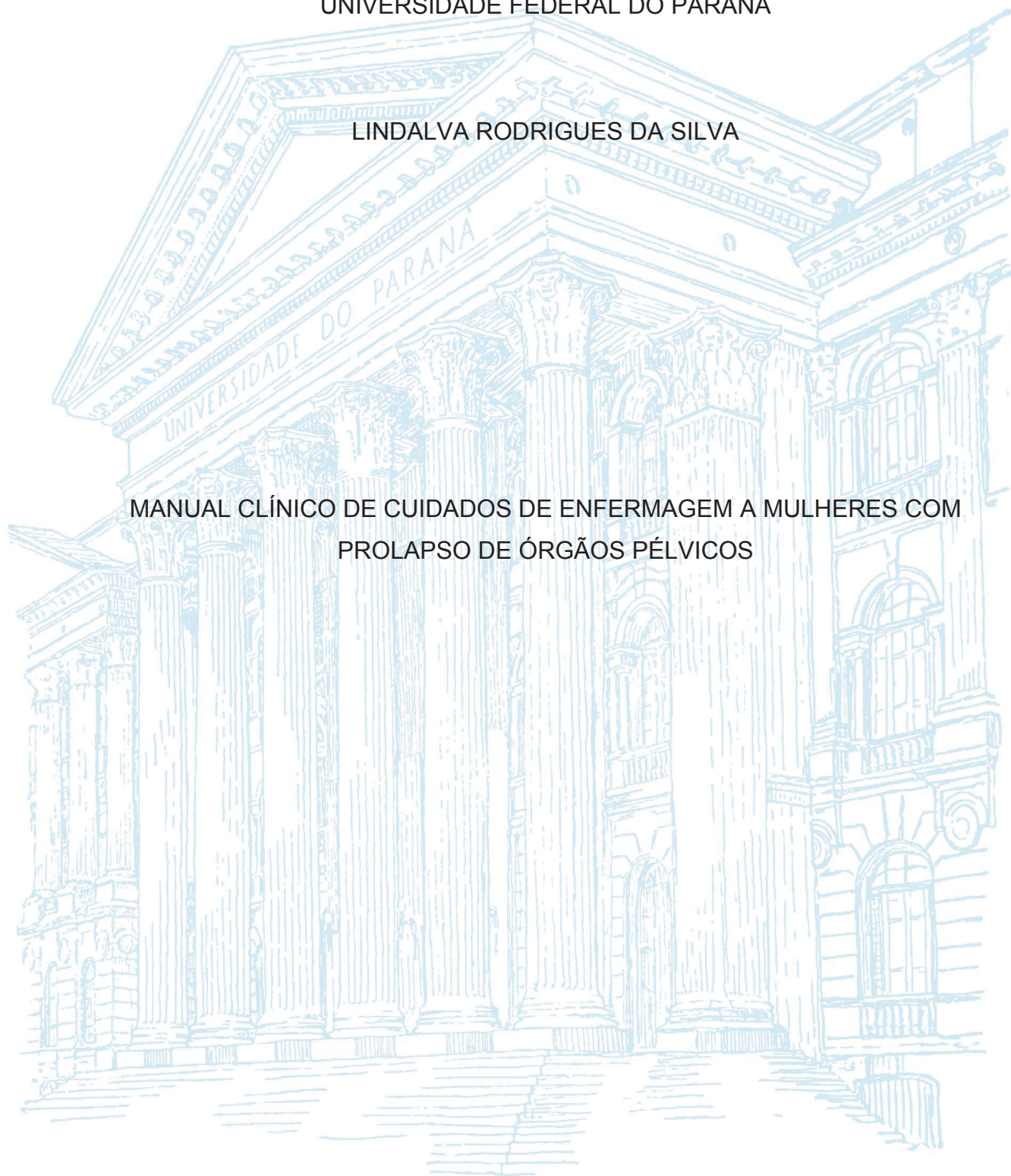


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LINDALVA RODRIGUES DA SILVA

MANUAL CLÍNICO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A MULHERES COM
PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS



CURITIBA/PR

2019

LINDALVA RODRIGUES DA SILVA

MANUAL CLÍNICO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A MULHERES COM
PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Prática profissional de Enfermagem

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall

CURITIBA/PR

2019

Silva, Lindalva Rodrigues da
Manual clínico de cuidados de enfermagem a mulheres com prolapso de órgãos
pélvicos [recurso eletrônico] / Lindalva Rodrigues da Silva – Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor
de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Marilene Loewen Wall

1. Cuidados de enfermagem. 2. Pessários. 3. Prolapso de órgão pélvico.
I. Wall, Marilene Loewen. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado Profissional de **LINDALVA RODRIGUES DA SILVA**, intitulada: **MANUAL CLÍNICO PARA ORIENTAÇÃO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICOS**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 04 de Julho de 2019.


MARILÈNE LOEWEN WALL
Presidente da Banca Examinadora


SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA
Avaliador Interno (UFPR)


LEILA MARIA MANSANO SARQUIS
Avaliador Externo (UFPR)

Dedico esta dissertação a todas as mulheres, aos Enfermeiros que atuam nessa área e aos profissionais Enfermeiros que participaram deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, primeiramente, pelo dom da vida, saúde e paciência, por me guiar e fortalecer nesta caminhada, por me inspirar neste tema.

À minha mãe, **Maria Fogaça Rodrigues**, que está sempre presente apesar da distância, transmitindo muito amor e boas vibrações; exemplo de mulher virtuosa, grande responsável e incentivadora pela minha vida. Pelo amor sincero, apoio e confiança que sempre teve em mim. É por você e para você esta conquista. Sou eternamente grata por tê-la como mãe.

À minha **família**, pelo amor, torcida, incentivo e compreensão, principalmente por entender minha ausência em muitos momentos.

Ao meu companheiro, **Cícero José Breda**, que sempre foi minha força, motivação e calma quando estas me faltavam. Seu apoio foi fundamental para a realização deste sonho. O pai da minha filha que está por vir; você me faz enxergar que a vida só tem valor quando se ama. Por acreditar em mim, passar toda confiança que muita das vezes não encontrava; por cuidar de mim em todos os momentos e assumir inúmeras tarefas para que eu pudesse ter mais tempo para estudar e conseguir concluir com êxito este estudo. Obrigada pelo companheirismo.

À minha filha, **Antonella**, que eu ainda nem a toquei, mas já sinto um amor tão grande que não tenho palavras para expressar esse sentimento. A conclusão deste trabalho antecipada foi por ela e para ela. Eu amo você, minha doce menina!

À minha orientadora, **Prof.^a Dr.^a Marilene L. Wall**, a quem eu admiro imensamente pelo conhecimento que possui, pela didática em ensinar e pela pessoa que é. Só tenho a lhe agradecer pela serenidade, dedicação, carinho, incentivo e principalmente por sempre demonstrar otimismo, amenizando assim os momentos de angústia que me permearam. Tens o dom de ensinar e a admiro imensamente. Por acreditar no meu trabalho e fornecer a oportunidade de que eu precisava na hora certa. Pelos ensinamentos compartilhados nestes anos, pela tranquilidade e paciência diante das minhas dificuldades. Você tem minha eterna gratidão.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional**, às professoras por todo o aprendizado.

Às professoras que fazem parte da banca de avaliação, suplentes e titulares, **Prof.^a Dr.^a Silvana Regina Rossi Kissula Souza, Prof.^a Dr.^a Fernanda Moura de**

Almeida Miranda, Prof.^a Dr.^a Tatiane Herreira Trigueiro, Prof.^a Dr.^a Mariluci Willig, Dr.^a Leila Sarquis, Dr.^a Ana Paula Herrman e a Dda. Gisela Maria Assis, por terem aceitado o convite, pelos ensinamentos e pelas contribuições para o aprimoramento deste estudo, minha gratidão e admiração.

Em especial à minha amiga **Gisela Maria Assis**, por me encorajar a iniciar esta caminhada, por getilmente dividir seus conhecimentos comigo, e me acolher.

À **Secretaria Municipal da Saúde de um Município do Paraná**, por apoiar este projeto, permitindo o uso de sua estrutura para a pesquisa.

Ao Distrito que participou deste estudo, representado pela **Dr.^a Lêda Maria Albuquerque**, supervisora do distrito, que mediou o processo de concessão de liberação para realização do Mestrado, contribuindo na minha formação profissional.

Aos **profissionais Enfermeiros** que participaram diretamente deste estudo, ele não seria possível sem a participação ativa de vocês e as contribuições dos que participaram indiretamente, por tornar este trabalho possível, minha imensa gratidão pela maravilhosa experiência vivenciada.

Aos **colegas de trabalho** que com sua compreensão e solidariedade nos permitiram conciliar trabalho e estudo, agradeço a compreensão e apoio.

Ao **grupo de Pesquisa Nepeche**, pelas discussões e contribuições, em especial à **Enf.^a Mda. Camila Szpin** pela amizade e generosidade em dividir seus conhecimentos comigo, assim como seu apoio, sendo fundamental para continuar esta jornada.

Às **amigas** que fizeram parte da minha vida nestes dois anos de trabalho, pela força, apoio e alegria em momentos distintos desta caminhada.

Aos **amigos e colegas da turma do Mestrado**, foram enriquecedores todos os momentos que passamos juntos.

A todos os colegas e amigos, pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram, acreditaram e torceram por mim.

RESUMO

Introdução: Diversas mulheres atendidas na rede pública apresentam prolapso de órgãos pélvicos. Estes, além de interferirem na função urinária, intestinal e sexual, impactam negativamente na qualidade de vida dessas mulheres. Os prolapsos de órgãos pélvicos podem ser corrigidos cirurgicamente ou pela inserção de pessários uroginecológicos no canal vaginal. Os pessários são dispositivos de silicone que podem ser inseridos e retirados pela própria mulher, com benefícios semelhantes ao procedimento cirúrgico. A capacitação para uso dos pessários pode ser uma prática do enfermeiro; o que contribuiria para a redução das filas cirúrgicas e resolução do problema para mulheres com alto risco operatório. Porém essa não é a realidade nacional. Diante dessa lacuna, se faz necessário fomentar a discussão entre esses profissionais. **Objetivo:** Construir um Manual Clínico de Cuidados de Enfermagem a mulheres com prolapso de órgãos pélvicos. **Objetivos específicos:** Quantificar o atendimento de mulheres com POP; Caracterizar o conhecimento dos enfermeiros sobre o tema; e Discutir o conteúdo do manual junto aos enfermeiros que atuam na atenção primária. **Metodologia:** Pesquisa metodológica com abordagem qualitativa, na atenção primária à saúde, num distrito de um Município no Paraná; que seguiu as seguintes etapas: quantificação do atendimento a mulheres com prolapso de órgãos pélvicos, para identificação da demanda; caracterizar o nível de conhecimentos dos enfermeiros, por meio de questionário e realização de oficinas para discussão do manual com os profissionais, sensibilizando-os sobre a temática. Participaram desta pesquisa 42 enfermeiros que atuavam na assistência direta ou indireta da atenção primária à saúde. A coleta de dados ocorreu por meio de oficinas propostas e na análise dos dados foram seguidos os passos de John W. Creswell. **Resultados:** Identificou-se, por meio deste estudo, que de um número de 436 mulheres, 96,56% tinha algum tipo de incontinência urinária, sendo a de maior prevalência a incontinência urinária de esforço, representando 73,75% destes casos; 41,51% possuíam prolapso de órgãos pélvicos associado a incontinência urinária. O local de estudo ficou em segundo lugar em número de casos da cidade. As oficinas proporcionaram um melhor entendimento em relação à inserção dos profissionais no contexto dos cuidados de enfermagem à mulher com prolapso de órgãos pélvicos; nelas, os profissionais de enfermagem passaram por uma experiência nova que permitiu atentar para cada detalhe e conhecer melhor essa patologia, demonstrando a sensibilidade dos profissionais frente ao atendimento a estas mulheres. Os participantes demonstraram ter algum conhecimento referente aos prolapsos de órgãos pélvicos, porém possuíam conhecimento restrito sobre os pessários, ou quase nulo. **Considerações finais:** A construção de um manual clínico subsidiará a assistência e a tomada de decisão clínica, proporcionando um conhecimento científico e didático, aprimoramento da assistência a mulheres com prolapso de órgãos pélvicos, sensibilizando os enfermeiros para a discussão e planejamento da sistematização dos cuidados de enfermagem a pacientes acometidas pelo prolapso de órgãos pélvicos, num diálogo aberto, mostrando a importância de cuidar destas mulheres na atenção primária, aprimorando a assistência, e evitando a sobrecarga em outros níveis de atenção à saúde, de forma segura.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Pessários. Prolapso de órgão pélvico.

ABSTRACT

Introduction: Many women attended in the health public system have pelvic organ prolapse (POP). This prevalent disease impact the life quality of these women, negatively, in addition to interfering with urinary, intestinal, and sexual functions. POP can be corrected surgically or by using the vaginal pessary (VP) device. Pessaries are silicone devices that can be inserted into the vaginal canal and removed by the own patient with benefits similar to the surgical procedure. Training for the use of pessaries can be a nurse's practice, which would contribute to reducing surgical queues and solving the problem for women with high surgical risk. However, this procedure is not the Brazilian national reality. In view of this gap, it is needed to encourage this theme discussion among health professionals. **Objective:** Prepare a Nursing Care Clinical Manual for women with POP. As specific objectives: (a) quantify attendance of women with POP; (b) characterize the nurses' knowledge on the theme; and (c) discuss the manual content with nurses working in primary care. **Methodology:** Methodological research with a qualitative approach in primary health care, in a county, in Paraná State, Brazil, following these steps: (a) quantifying attendance to women with POP to identify demand; and (b) characterizing nurses' knowledge level, using a questionnaire and workshops to discuss the manual, making professionals aware about the theme. Forty-two nurses participated in this research, who worked in the direct or indirect attendance of primary health care. Data were collected in workshops proposed, and the data analysis was carried out in accordance with John W. Creswell. **Results:** It was identified, by this study, that 96.56% from universe of 436 women had some type of urinary incontinence, being the stress urinary incontinence the highest prevalence, representing 73.75%; 41.51% had POP associated with urinary incontinence. This study site ranked second among the cases in this county. The workshops provided a better understanding and engagement of professionals in the context of nursing care for women with POP; the nursing professionals had a new experience with that women group, allowing them to pay attention to every detail and better understand this pathology, showing their sensitivity regarding the care of these women. The participants showed to have some knowledge regarding the POP, but they had limited knowledge about the pessaries, or almost none. **Final considerations:** The preparation of a clinical manual will subsidize attendance and clinical decision-making, providing scientific and didactic knowledge about the POP, in an open dialogue, sensitizing nurses to discuss and plan the systematization of nursing care to patients affected by this disease, showing the importance to care them in primary care, improving the attendance, and avoiding overload on other levels of health care in a safe way.

Keywords: Nursing care. Pessaries. Pelvic organ prolapse.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	DESCRIÇÃO DO PROLAPSO POR SISTEMA DE QUANTIFICAÇÃO DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO (POP-Q)	30
FIGURA 2 -	ESTADIAMENTO DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO	31
FIGURA 3 -	EXEMPLOS DE MODELOS DE PESSÁRIOS	33
FIGURA 4 -	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS PALAVRAS (D1)	74
FIGURA 5 -	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS PALAVRAS (D2)	75

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - DEFINIÇÃO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS DO PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS	24
QUADRO 2 - SÍNTESE DOS SINTOMAS TÍPICOS EM MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS.....	25
QUADRO 3 - CLASSIFICAÇÃO TRADICIONAL DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO PELO SÍTIO ANATÔMICO	28
QUADRO 4 - PONTOS DE MEDIDAS USADOS NO SISTEMA DE QUANTIFICAÇÃO DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO (POP-Q)	30
QUADRO 5 - OFICINA	54

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - NÚMERO DE MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	56
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE CASOS POR DISTRITOS SANITÁRIOS.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aa/Ba	- Parede vaginal anterior
AP	- Assoalho pélvico
Ap/Bp	- Parede vaginal posterior
APS	- Atenção Primária à Saúde
C	- Cérvix ou cúpula
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
Cofen	- Conselho Federal de Enfermagem
Coren/PR	- Conselho Regional de Enfermagem do Paraná
CP	- Corpo perineal
CTV	- Comprimento total da vagina
D	- Fórnix posterior
DAP	- Disfunção do assoalho pélvico
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	- Estratégia Saúde da Família
GO	- Ginecologista e Obstetra
HC	- Hospital de Clínicas do Paraná
HG	- Hiato genital
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	- <i>International Continence Society</i> / Sociedade Internacional de Continência
IF	- Incontinência fecal
IPARDES	- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IU	- Incontinência urinária
IUE	- Incontinência urinária de esforço
IUGA	- <i>International Urogynecological Association</i> / Associação Internacional de Uroginecologia
IUM	- Incontinência urinária mista
IUO	- Incontinência urinária oculta
IUU	- Incontinência urinária de urgência

MAP	-	Músculo do Assoalho Pélvico
NEPECHE	-	Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	-	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PFDN	-	<i>Pelvic Floor Disorders Network</i> / Rede de Distúrbios do Assoalho Pélvico
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	-	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
POP	-	Prolapso de órgão pélvico
POP-Q	-	<i>Pelvic Organ Prolapse Quantification System</i> / Sistema de Quantificação do Prolapso de Órgão Pélvico
PR	-	Paraná
QV	-	Qualidade de Vida
SAE	-	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SC	-	Santa Catarina
SMS	-	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de consentimento livre e esclarecido
TMAP	-	Treinamento muscular do assoalho pélvico
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento
USA / EUA	-	<i>United States of America</i> / Estados Unidos da América

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	OBJETIVOS	20
1.1.1	Objetivo Geral	20
1.1.2	Objetivos Específicos	20
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO	21
2.2	PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS	22
2.2.1	Sintomas	23
2.2.2	Fatores de Risco	25
2.2.3	Epidemiologia	26
2.2.4	Fisiopatologia	27
2.2.5	Classificação dos Prolapsos de Órgãos Pélvicos	27
2.3	TRATAMENTO CONSERVADOR	31
2.3.1	Pessário Uroginecológico	32
2.3.2	Treinamento dos músculos do assoalho pélvico	37
2.4	POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO ÀS MULHERES	39
2.5	PAPEL DA ENFERMAGEM	42
3	METODOLOGIA	45
3.1	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	45
3.2	TIPO DE PESQUISA	45
3.3	LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	47
3.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA	47
3.5	CONSULTA DE PARECER TÉCNICO AO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM	48
3.6	INSTRUMENTOS E TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS	50
3.7	ANÁLISE DE DADOS	54
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
4.1	QUANTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO DAS MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	56
4.2	QUESTIONÁRIO – AVALIAÇÃO NÍVEL DE CONHECIMENTO PROFISSIONAL	59
4.3	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO MANUAL	70

4.3.1	Compilado Manual Impresso	71
4.3.2	Compilado Oficinas.....	72
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	88
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO - AVALIAÇÃO NÍVEL DE CONHECIMENTO PROFISSIONAL.....	90
	APÊNDICE C – MANUAL CLÍNICO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS	92
	ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	128
	ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	133
	ANEXO 3 – PARECER TÉCNICO COREN/PR 2019/003.....	137

1 INTRODUÇÃO

O Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) constitui na herniação dos órgãos pélvicos pela vagina. É uma condição que não ameaça a vida, mas é causa importante de morbidade; afeta mulheres no seu cotidiano, na sexualidade e atividade física (HORST; SILVA, 2016).

Bezerra et al. (2004) definem como prolapso genital o deslocamento das vísceras pélvicas no sentido caudal, em direção ao hiato genital, em decorrência do desequilíbrio entre as forças que mantêm os órgãos pélvicos em sua posição normal e aquelas que tendem a impeli-los para fora da pelve. Os POPs são classificados em grau I, II, III e IV.

O POP é uma condição frequente nas mulheres no mundo, como é uma condição que tem sua prevalência aumentada com a idade. A estimativa é que nos próximos 30 anos a demanda pelo tratamento do POP aumentará 45%, o que é proporcional ao aumento da população de mulheres com mais de 50 anos de idade (RICHTER; VARNER, 2008).

A prevalência do POP é próxima a 22% em mulheres entre 18 e 83 anos, e de 30% entre 50 e 89 anos, porém os dados exatos são difíceis de serem contabilizados, pois muitas vezes por constrangimentos as mulheres não procuram assistência (HORST; SILVA, 2016), outras vezes porque muitas escondem o problema, ou aceitam como consequência natural do envelhecimento ou dos partos vaginais (RODRIGUES et al., 2009).

É estimado que em 2050 o Brasil conte com aproximadamente 9 milhões de mulheres com 80 anos ou mais. Espera-se que, nos próximos 30 anos, o número de mulheres que procurarão cuidados de saúde por desordem no assoalho pélvico irá dobrar. Assim, com o envelhecimento da população, a morbidade proporcionada pelo POP e os elevados custos do tratamento, é possível dizer que haverá um importante problema de saúde pública (RODRIGUES et al., 2009).

Segundo uma projeção populacional do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES), 2018), em 2022 Curitiba contará com uma população estimada em 1.937.699 habitantes, 332,6 mil serão pessoas com mais de 60 anos (o que representa 17,16%). A projeção aponta

ainda que Curitiba deverá chegar em 2040 com cerca de 28% da população com idade mais avançada, mais de meio milhão de habitantes.

Nessa ótica, envelhecer acarreta mudanças e limitações, em que haverá desafios particulares e outros comuns à sociedade com o envelhecimento populacional, onde as ações em saúde pública necessitarão passar por uma reestruturação da atenção ao idoso.

Em um estudo realizado na rede pública de saúde da cidade de Jaraguá do Sul/Santa Catarina (SC), foram examinadas 432 mulheres, e 52,3% das mulheres tinham algum grau de prolapso. A prevalência do POP em relação aos estágios foi de 27,8% para o estágio 1, 23,1% para o estágio 2, e 1,4% para o estágio 3. A idade média foi de 41 anos (18-85), 84% se autodenominaram de raça branca, 29% estavam na menopausa, 1.92 foi a média de gestações e 44% relataram renda familiar de 1 a 4 salários mínimos (HORST et al., 2017).

Segundo Horst e Silva (2016), são fatores de risco para desenvolvimento de POP a gravidez, parto por via vaginal, histerectomias, miopatias, neuropatias e trabalho pesado, porém existem outros fatores que predispõem, como a genética e raça; fatores que aceleram, como obesidade, tosse crônica, e fatores que descompensam, como a idade e menopausa.

Os sintomas aparecem aos poucos, são de longa duração e se agravam com o aumento da idade, principalmente após a menopausa. Estes se iniciam com sensação de peso vaginal, saliência pela vagina que surge ou é acentuada pelo esforço físico. Com a progressão do prolapso, podem surgir dor no hipogástrico, urgência miccional ou urgeincontinência, incontinência urinária de esforços, infecções urinárias de repetição, em alguns casos dificuldade para micção ou até retenção urinária (BARACAT; LIMA, 2005).

Essas condições têm impacto negativo sobre a Qualidade de Vida (QV), e afetam o contato social, a atividade laborativa, a higiene e a vida sexual das mulheres (FARIA et al., 2015), causando impacto psicológico, social e financeiro (RODRIGUES et al., 2009).

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) em parceria com a Associação Internacional de Uroginecologia consideraram como queixas relacionadas aos POPs o abaulamento vaginal, pressão pélvica ou suprapúbica, sangramento, corrimento e infecções relacionadas às ulcerações, necessidade de

manobras manuais para defecar ou urinar e dor na região sacral da coluna (HAYLEN et al., 2010).

O diagnóstico é feito pelo exame ginecológico, no qual se solicita à paciente que execute manobras de esforço, observando a procedência das paredes vaginais, o comprimento e a descida do colo uterino ou cúpula, e o comprimento total da vagina (BARACAT; LIMA, 2005).

O tratamento para pacientes com POP pode ser conservador ou cirúrgico, devendo ser sempre individualizado, visando ao alívio dos sintomas (HORST; SILVA, 2016).

Dentre esses, destacamos o tratamento conservador, que inclui o uso de pessários, que são dispositivos de inserção intravaginal, geralmente de silicone ou látex, de diversos formatos, e possuem função de preenchimento e suporte aos órgãos pélvicos. É um tratamento de baixo custo, para o qual há poucas contraindicações e raras complicações graves (HORST; SILVA, 2016). Devem-se associar a este tratamento exercícios de treinamento da musculatura do assoalho pélvico, estes agem aumentando a força muscular, usando contração durante o aumento da pressão abdominal (LIMA et al., 2012).

Os pessários uroginecológicos são uma alternativa permanente para as mulheres cuja cirurgia é contraindicada, ou que preferem não operar; podem ser usados em qualquer estadiamento e em mulheres sexualmente ativas e podem ser usados também temporariamente para pacientes que aguardam cirurgia (CÂNDIDO et al., 2012).

Desenvolver este estudo contribuiu para o conhecimento e aprimoramento pertinente ao tema para profissionais enfermeiros, sendo relevante para a prática, levando à reflexão dos cuidados efetivados; além de possibilitar planejar, e desenvolver ações que contribuam com a prática assistencial e a promoção da saúde, promovendo a qualidade de vida de mulheres com POP.

O profissional tem condições de reconhecer, encaminhar e resolver o problema apresentado pelas mulheres, desde que tenha disposição e capacidade para identificar e compreender as várias necessidades de saúde do usuário, intervindo de forma resolutiva. Para tanto, se faz necessário conhecer os meios e recursos disponíveis, sejam eles internos ou externos à Unidade de Saúde. Importante também envolver-se na situação apresentada e se colocar no lugar do usuário.

O interesse por desenvolver esta pesquisa surgiu pela inquietação frente à situação vivida em Unidade Básica de Saúde (UBS), pois muitas vezes se realiza atendimento a mulheres com POP e, também existe a demanda de priorizar solicitações de atendimento a consultas especializadas. Diante desta problemática, relacionada ao atendimento a mulheres acometidas com POP, não se tem clareza nos cuidados de enfermagem a serem realizados, pois não há um guia norteador do cuidado de enfermagem e não se tem registros sobre a prevalência das mulheres com POP no sistema de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS).

A proposta deste estudo parte da realidade onde os enfermeiros estão inseridos, e é desta realidade, vivida no dia a dia, que surge a observação de como o processo de trabalho acontece e como poderia ser estruturado, permitindo ao profissional perceber e identificar o problema e as possibilidades de transformação desta realidade.

É atribuição do enfermeiro, no programa saúde da mulher na APS, a consulta de enfermagem, que compreende: realizar exame físico e exame clínico de mamas; apurar dados antropométricos, solicitar exames conforme protocolo; coletar e avaliar exame citopatológico de colo de útero e realizar encaminhamentos necessários; captação e busca ativa de mulheres com mais de 50 anos para realização de mamografia, ou faltosas; investigar DST/Aids, Violência, entre outros (CURITIBA, 2012).

No entanto, este estudo busca compreender essa realidade, identificar essa demanda, conhecer o que os enfermeiros sabem sobre essa patologia e, posteriormente, trabalhar com esses dados na forma de educação aos profissionais, subsidiando a construção de manual clínico de cuidados de enfermagem a mulheres acometidas com POP.

Assim, espera-se que a construção do manual clínico, realizado junto aos enfermeiros da atenção primária, após sensibilização, transforme a realidade local, principalmente, em relação à qualidade de saúde das mulheres acometidas pelo POP, pois os enfermeiros terão embasamento científico para a avaliação destas mulheres e para a tomada de decisão, realizando cuidados adequados, como a indicação do treinamento do músculo do assoalho pélvico.

Destarte, acredita-se que a rede pública de saúde seja o local ideal para a realização desta pesquisa, visando reduzir a ocorrência de complicações clínicas e custos desnecessários, e promover a qualidade de vida destas mulheres. Além de

propiciar ações de cuidado que superem a rotina instituída na rede pública de saúde, o que pode fortalecer o exercício profissional do enfermeiro, valorizar o seu trabalho, proporcionando maior visibilidade do seu papel, perante a sociedade e os demais profissionais da equipe de saúde, bem como firmar o seu espaço de atuação.

O prolapso de órgãos pélvicos representa um problema de saúde e há dificuldade na realização de ações voltadas à prevenção. Assim, surgiu a seguinte questão norteadora deste projeto: **Quais são os cuidados de enfermagem que podem ser realizados em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos na atenção primária à saúde?**

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Construir um manual clínico de cuidados de enfermagem a mulheres com Prolapso de Órgãos Pélvicos.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Quantificar o atendimento de mulheres com POP, com base na fila de consulta especializada (Ginecologia Incontinência) da rede pública, de um dos Municípios do Paraná (PR);
- Caracterizar o conhecimento dos enfermeiros sobre o tema;
- Discutir o conteúdo do manual junto aos enfermeiros que atuam na atenção primária.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo apresenta-se a revisão de literatura que envolve levantamentos de literatura, organizados nos seguintes temas: Disfunção do assoalho pélvico, Prolapso de órgãos pélvicos, Fortalecimento do assoalho pélvico, Pessários uroginecológicos, Políticas públicas de saúde voltadas à saúde da mulher e o Papel do enfermeiro nos POPs.

2.1 DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO

A disfunção do assoalho pélvico (DAP) pode ser definida como um distúrbio que afeta os órgãos pélvicos da mulher (útero, vagina, bexiga, reto e os músculos que os cercam e sustentam), músculos do diafragma pélvico (músculos levantadores do ânus), os músculos do diafragma urogenital e os músculos do esfíncter uretral e anal (PELVIC FLOOR DISORDERS NETWORK (PFDN), 2018; NYGAARD et al., 2008); pela incapacidade do assoalho pélvico em cumprir o seu papel de apoio. A DAP acomete mulheres em idades variadas, sendo mais suscetíveis as que estão no climatério e as multíparas. Os músculos do assoalho pélvico estão relacionados com o funcionamento dos esfíncteres urinários e anais; assim, alterações na musculatura pélvica podem resultar em incontinência urinária (IU) ou retenção urinária, POP ou disfunção sexual, incontinência ou constipação fecal (ALMEIDA et al., 2011; PFDN, 2018; NYGAARD et al., 2008).

O assoalho pélvico (AP) é constituído por diversas estruturas, como: peritônio, fáscia visceral e endopélvica, músculo elevador do ânus, membrana perineal e musculatura da genitália externa. Os músculos têm a função de coordenar, contrair e relaxar a região perineal. As fáscias são responsáveis pelo suporte através da sua ligação com músculos e ossos (LARANJEIRA; LIMA; GÉO, 2012). As alterações na estrutura e função do AP podem causar as seguintes disfunções: incontinência urinária (esforço, urgência ou mista), incontinência anal (fecal e/ou flatos), POP, disfunção sexual e dores pélvicas crônicas. Em geral, as disfunções do AP não ocorrem de forma isolada, sendo comum a presença de mais de uma disfunção (FIGUEIREDO; CRUZ, 2012).

Assim, a disfunção do assoalho pélvico é a incapacidade do assoalho pélvico de cumprir o seu papel de apoio aos órgãos pélvicos e/ou a sua incapacidade de

permitir que estes órgãos funcionem normalmente. A disfunção pode ser limitada a um único órgão, mas envolve frequentemente mais do que um dos órgãos do aparelho urinário, genital e anorretais em algum grau.

A fraqueza dos músculos do AP contribui para a ocorrência de disfunções do AP, portanto, faz se necessária uma avaliação dinâmica apropriada de suas funções. Estima-se que de 30 a 50% das mulheres sejam incapazes de contrair corretamente esse grupo muscular. Dentre os testes adotados para avaliar a musculatura do AP, destacam-se a eletromiografia, a avaliação clínica pela palpação bidigital vaginal (para avaliar a dor e afastar massas pélvicas) ou perineometria (HAYLEN et al., 2010).

Essas disfunções são comuns na população feminina; com o aumento da idade elas apresentam uma alta prevalência nesta população. Corroborando com esta afirmação, estudo realizado nos EUA, no ano de 2008, com 1.961 mulheres, apresentou a prevalência de pelo menos um distúrbio do assoalho pélvico de 23,7%, com 15,7% das mulheres apresentando IU, 9,0% das mulheres sofreram de incontinência fecal e 2,9% das mulheres sofreram POP. A proporção de mulheres que relataram pelo menos um distúrbio aumentou de forma incremental com a idade, variando de 9,7% em mulheres entre 20 e 39 anos para 49,7% na faixa etária de 80 anos ou mais (NYGAARD et al., 2008). Frequentemente, estas disfunções concorrem, sendo, portanto, necessária uma avaliação integral dos compartimentos uretral, uterino e colorretal (FIGUEIREDO; CRUZ, 2012).

2.2 PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Barber (2016) define o POP como a descida dos órgãos pélvicos – vagina, útero, bexiga, reto – para dentro ou através da vagina; e Haylen et al. (2010) define o POP como a descida da parede vaginal anterior e/ou posterior ou do ápice da vagina (útero ou cúpula vaginal após histerectomia).

O desenvolvimento de prolapso é multifatorial, pode estar relacionado ao parto vaginal, idade avançada e ao aumento do índice de massa corporal como os fatores de risco mais consistentes. O parto vaginal, a histerectomia, o esforço crônico, o envelhecimento normal e as anormalidades do tecido conjuntivo ou do reparo do tecido conjuntivo predispoem algumas mulheres à ruptura, ao alongamento ou à disfunção do elevador do ânus, anexos complexos de tecido

conjuntivo da vagina, ou ambos, resultando em prolapso. As pacientes geralmente apresentam várias queixas, incluindo sintomas vesicais, intestinais e pélvicos (JELOVSEK; MAHER; BARBER, 2007).

Outras condições que estariam associadas ao maior risco de POP estão ligadas ao aumento da pressão intra-abdominal cronicamente, como obesidade, constipação crônica, pneumopatia crônica e levantamento repetitivo de peso (BODNER-ADLER; SHRIVASTAVA; BODNER, 2007).

O POP raramente resultará em morbidade e mortalidade significativas, porém pode afetar a qualidade de vida da mulher (BARBER, 2016), sendo uma condição importante na assistência à saúde da mulher.

2.2.1 Sintomas

Segundo Relatório Conjunto da *International Continence Society* (ICS) e *International Urogynecological Association* (IUGA), as mulheres com POP podem apresentar um quadro clínico que inclui sintomas como sensação de bola, massa ou saliência exteriorizando-se através da vagina, dor lombar ou lombossacral, sensação de peso na região pélvica, alterações urinárias ou intestinais e até a necessidade de redução digital do prolapso para iniciar micção ou evacuação (HAYLEN et al., 2010; LOWDER et al., 2011). Os sintomas podem afetar negativamente a imagem corporal, a qualidade de vida e a capacidade da mulher de realizar atividades cotidianas (LOWDER et al., 2011).

É comum as mulheres referirem piora dos sintomas quando permanecem em posição ortostática por períodos prolongados ou em situação que demande esforço, e melhora quando a gravidade não é um fator, por exemplo, deitada de costas. O prolapso pode ser mais proeminente em momentos de esforço abdominal, por exemplo, defecação (HAYLEN et al., 2010). Porém algumas mulheres com POP são assintomáticas, o que dificulta a busca por tratamento.

Dentre os sintomas urinários, podem apresentar: incontinência, urgência, frequência, noctúria, hesitação, intermitência, sensação de esvaziamento vesical incompleto, retenção urinária (JELOVSEK; MAHER; BARBER, 2007).

Quando o POP se torna significativo, as mulheres podem começar a se queixar de determinados sintomas, a IU pode estar associada a essa condição, principalmente quando o defeito da parede anterior causar lesão ou estiramento do

ligamento pubouretral. No entanto, quando o prolapso se encontra em estágios mais avançados, pode causar obstrução por compressão direta da uretra (JELOVSEK; BARBER, 2006). Assim, em pacientes com prolapso em estágios mais avançados, esse sintoma pode estar mascarado, caracterizando um diagnóstico conhecido como incontinência urinária oculta (IUO).

As queixas intestinais mais frequentes são: sensação de esvaziamento incompleto, necessidade de pressão digital na vagina ou no períneo para iniciar ou completar a defecação, urgência ou incontinência fecal (IF) (HAYLEN et al., 2010).

A disfunção sexual é outra queixa relatada pelas mulheres, como a sensação de “frouxidão” vaginal ou dispareunia (HAYLEN et al., 2010), que pode afetar a qualidade de vida por dificultar a manutenção de uma vida sexual ativa normal.

QUADRO 1 - DEFINIÇÃO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS DO PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

SINTOMAS	DEFINIÇÃO / QUEIXA
Abaulamento vaginal	Queixa de “protuberância” ou “alguma coisa descendo” no sentido ou através do introito vaginal. A mulher pode afirmar que pode sentir a protuberância por palpação direta ou vê-la auxiliada por um espelho.
Pressão pélvica	Queixa de aumento de peso na área suprapúbica ou pelve.
Sangramento, corrimento, infecção	Queixa de sangramento vaginal, corrimento ou infecção relacionada à ulceração dependente do prolapso.
Splinting / digitação	Reclamação da necessidade de reduzir digitalmente o prolapso ou de aplicar pressão manual, por exemplo, na vagina ou períneo (splinting), ou na vagina ou no reto (digitação) para ajudar na micção ou na defecação.
Dorsalgia baixa	Queixa de dor lombar baixa, sacral, associada temporariamente ao POP.
Sintomas de disfunção sexual	Sensação/função anormal experimentada por uma mulher durante a atividade sexual.
Dispareunia	Queixa de dor persistente ou recorrente ou desconforto associado à penetração vaginal tentada ou completa

FONTE: HAYLEN et al. (2010, tradução nossa)

Um estudo realizado por Abdool e Swart (2016) observou que, de 291 mulheres, 16 (5,5%) apresentaram prolapso em estágio 1, 129 (44,3%), estágio 2, 106 (36,4%), estágio 3 e 40 (13,7%) estavam em estágio 4. Apresentaram sintomas como: sensação de frouxidão vaginal, consciência de um nódulo descendo na vagina, percepção de nódulo do lado de fora da vagina, e algumas relataram a necessidade de inserir um dedo na vagina para ajudar a esvaziar o intestino; dor na vagina, sensação reduzida em torno da vagina e inatividade sexual devido ao prolapso.

A seguir, quadro com a síntese dos sintomas:

QUADRO 2 - SÍNTESE DOS SINTOMAS TÍPICOS EM MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

SINTOMA VAGINAL	SINTOMA URINÁRIO	SINTOMA INTESTINAL	SINTOMA SEXUAL
Sensação de bola ou protrusão	Incontinência	Incontinência de flatulência ou fezes líquidas ou sólidas	Dispareunia
Ver ou sentir uma protuberância ou saliência	Frequência, intermitência	Sensação de esvaziamento incompleto	“Frouxidão” vaginal
Pressão	Urgência	Esforço durante a defecação	
Peso	Fluxo urinário fraco ou prolongado	Urgência para defecar	
	Hesitação, Retenção	Evacuação digital para completar a defecação	
	Sentimento de esvaziamento incompleto	<i>Splinting</i> , ou empurrando (redução digital) em torno da vagina ou períneo, para iniciar ou completar a defecação	
	Redução manual do prolapso para iniciar ou completar o esvaziamento	Sensação de obstrução ou obstrução durante a defecação	
	Alteração de posição para iniciar ou completar o esvaziamento		

FONTE: Adaptado de JELOVSEK; MAHER; BARBER (2007, tradução nossa).

2.2.2 Fatores de Risco

Num estudo realizado por Rodrigues et al. (2009), foram identificados fatores de risco para o desenvolvimento do prolapso em uma população brasileira (316 mulheres, divididas em dois grupos: grupo controle com 219 e grupo caso com 107 mulheres; estas possuíam prolapso em estádios II e IV). Como resultado, as variáveis que se mostraram diferentes entre os grupos foram: idade, índice de massa corpórea, paridade, número de partos vaginais, de cesarianas, partos fórcepe, peso do recém-nascido e história familiar positiva para prolapso. Os fatores de risco independentes foram a presença de pelo menos um parto vaginal (aumenta o risco em aproximadamente sete vezes), macrossomia fetal (aumenta o risco em cerca de 3 vezes) e história familiar positiva (aumenta o risco em 2,3 vezes). Contudo, fica claro que o prolapso é uma condição multifatorial.

Cabe ressaltar aqui a fisiologia de uma possível lesão ocasionada durante o parto, que se dá quando a apresentação fetal passa pela pelve, pois a compressão, distensão e o estiramento podem lesar o nervo pudendo, o suporte fásica e o músculo levantador do ânus. O dano nervoso local causa neuropatia permante, enfraquecimento e atrofia muscular progressiva, levando ao POP (DeLANCEY et al., 2003; CHEN et al. 2006). Este músculo, juntamente com a fásica endopélvica, são os responsáveis por manter as vísceras pélvicas na posição anatômica correta.

Os fatores de risco estabelecidos são o parto vaginal, idade avançada, obesidade; e os fatores de risco potenciais – fatores obstétricos (gravidez, uso de fórceps, idade jovem no primeiro parto, trabalho de parto prolongado, peso ao nascer > 4500 g, forma ou orientação da pelve óssea), raça ou origem étnica, ocupações (implicando levantamento de peso), constipação, história familiar de POP, distúrbios do tecido conjuntivo, histerectomia prévia, moduladores seletivos do receptor de estrogênio (JELOVSEK; MAHER; BARBER, 2007; HAYLEN et al. 2010).

2.2.3 Epidemiologia

A expectativa de vida no Brasil é de cerca de 75 anos de idade em média, sendo estimado que haverá cerca de 9 milhões de mulheres com 80 anos em 2050. Isso acontece devido à mudança no perfil demográfico brasileiro, em decorrência das taxas de mortalidade e natalidade (IBGE, 2004; 2018). Com esse aumento da expectativa de vida da mulher, há uma tendência em aumentar a prevalência do POP na população feminina brasileira.

O POP é uma condição prevalente de baixa morbimortalidade, que afeta as mulheres no seu cotidiano, sexualidade e atividade física (HORST; SILVA, 2016).

Um estudo realizado por Barber e Maher (2013), com o objetivo de determinar a incidência e prevalência de cirurgia de POP, mostrou que existem variações significativas e como os resultados são relatados; essa prevalência, quando definida pelos sintomas, se traduz em 3-6% e até 50% quando baseada em exame vaginal.

De forma geral, observa-se que esses dados podem variar conforme características da população, e/ou estudos em dimensões maiores; além de muitas mulheres serem assintomáticas, não procurando atendimento, ou só o fazendo quando estão em estágios avançados.

2.2.4 Fisiopatologia

O suporte dos órgãos pélvicos se dá principalmente pela interação entre os músculos elevadores do ânus (pubococcígeo, puborretal e ileococcígeo) e pela fáscia endopélvica (CORTON, 2009).

A etiologia do prolapso é complexa e multifatorial. Provavelmente inclui uma combinação de disfunção adquirida dos músculos do assoalho pélvico e/ou tecido conjuntivo, bem como predisposição genética. Entretanto, a interação entre os músculos do assoalho pélvico e o tecido conjuntivo é essencial para a orientação e suporte normal dos órgãos pélvicos (CORTON, 2009).

O tecido conjuntivo que sustenta a pelve inclui condensações organizadas de colágeno denso (ligamentos) e uma agregação menos definida de colágeno, músculo liso, elástico e feixes fibrovasculares (fáscia endopélvica). O útero e/ou cúpula vaginal são sustentados pelos ligamentos uterossacral e cardinal, e a vagina, pelo paracolpo (SZÓBEL; DAVILA, 2012).

A etiopatogenia do POP começa com lesão ou alteração nas estruturas de suporte pélvico, como resultado de estiramento e rompimento da fáscia endopélvica que circunda a vagina e/ou dos ligamentos. As alterações dessas estruturas propiciam a herniação dos órgãos pélvicos, e a localização dessa alteração determina o tipo do prolapso (SZÓBEL; DAVILA, 2012).

2.2.5 Classificação dos Prolapsos de Órgãos Pélvicos

O POP é classificado pelo seu grau de deformidade anatômica, pelo local do defeito e pelas vísceras pélvicas envolvidas (PERSU et al., 2011).

Atualmente há dois sistemas aceitos, o de Baden-Walker e o sistema de quantificação do prolapso de órgão pélvico (*Pelvic Organ Prolapse Quantification System* (POP-Q)) (SZÓBEL; DAVILA, 2012), estes sistemas permitem descrever a localização e a extensão do deslocamento das paredes vaginais.

O sistema Baden e Walker é simples e fácil execução, principalmente em circunstâncias clínicas; avaliando separadamente os seis tipos de lesões: Ureterocele, Cistocele, Prolapso uterino, Enterocele, Retocele e Laceração perineal, correlacionando-as com os graus de prolapso (0, 1º grau, 2º grau, 3º grau e 4º). Os defeitos são avaliados durante a manobra de Valsalva e o ponto de referência é o

anel himenal, porém esse sistema não é preciso (BADEN; WALKER, 1972; SZÓBEL; DAVILA, 2012).

Considera-se a seguinte descrição para a classificação do POP no sistema Baden-Walker:

- Grau 0: normal (BADEN; WALKER, 1972; PERSU et al. 2011; SZÓBEL; DAVILA, 2012).
- Grau 1: Protusão parcial sem atingir o hímen (BADEN; WALKER, 1972; PERSU et al. 2011; SZÓBEL; DAVILA, 2012).
- Grau 2: Protusão que atinge o hímen, mas não o ultrapassa (BADEN; WALKER, 1972; PERSU et al. 2011; SZÓBEL; DAVILA, 2012).
- Grau 3: Protusão parcial que ultrapassa o hímen (BADEN; WALKER, 1972; PERSU et al. 2011; SZÓBEL; DAVILA, 2012).
- Grau 4: Protusão completa (BADEN; WALKER, 1972; PERSU et al. 2011; SZÓBEL; DAVILA, 2012).

Algumas deficiências existem no sistema de Baden-Walker, por exemplo, um aumento de 1 cm estrategicamente colocado no prolapso resulta em um aumento no estágio atribuído; além disso, a concordância interobservador não é perfeita com o sistema Baden-Walker (SZÓBEL; DAVILA, 2012).

O quadro a seguir mostra a classificação tradicional utilizada para o POP conforme o sítio anatômico:

QUADRO 3 - CLASSIFICAÇÃO TRADICIONAL DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO PELO SÍTIO ANATÔMICO

CLASSIFICAÇÃO	DEFINIÇÃO
Uretrocele	Prolapso da parede vaginal anterior inferior envolvendo apenas a uretra.
Cistocele	Prolapso da parede vaginal anterior superior envolvendo a bexiga. Geralmente, há também prolapso associado da uretra e, portanto, o termo “cistouretrocele” é frequentemente usado.
Prolapso Uterovaginal	Este termo é usado para descrever o prolapso do útero, do colo do útero e da parte superior da vagina.
Enteroccele	Prolapso da parede posterior superior da vagina geralmente contendo alças de intestino delgado.
Retoccele	Prolapso da parede posterior inferior da vagina envolvendo o reto que se projeta para a frente na vagina.

FONTE: Adaptado PERSU et al. (2011, tradução nossa); SZÓBEL; DAVILA (2012, tradução nossa).

A classificação do POP pelo sistema de quantificação do prolapso do órgão pélvico (POP-Q) é um sistema objetivo específico do local para descrever, quantificar e testar o suporte pélvico em mulheres; é padronizada para documentar,

comparar e comunicar os achados clínicos, com confiabilidade entre observadores e intraobservador (PERSU et al., 2011).

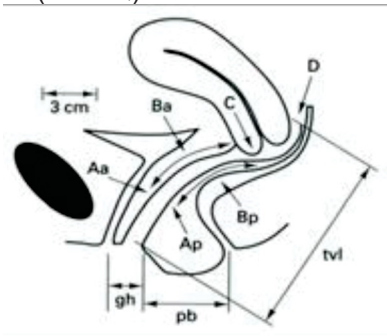
Esse sistema é uma maneira padronizada de descrever os achados, sendo facilmente reproduzível, com menor diferença entre os examinadores. Permite que os examinadores descrevam precisamente o estado do aparelho de suporte da pelve feminina (BUMP et al., 1996; PERSU, 2011).

O POP-Q mostra que a descrição clínica da anatomia pélvica deve ser determinada durante o exame físico da genitália externa e do canal vaginal e, para isso, são avaliados segmentos do trato genital inferior em substituição aos termos primários utilizados na classificação anterior (BUMP et al., 1996; PERSU, 2011).

É necessário que o examinador observe o ponto de maior prolapso e lembre que a extensão deste em geral se correlaciona com a queixa da paciente. Para tanto, o examinador pode precisar examinar a paciente em diferentes posições. Nesse momento, realizam-se nove medidas predefinidas: seis medidas dinâmicas (durante manobra de Valsalva) e três estáticas (em repouso). Os pontos dinâmicos mensurados no POP-Q estão localizados nas paredes vaginais e no útero da seguinte forma: parede vaginal anterior (Aa/Ba), parede vaginal posterior (Ap/Bp), cérvix ou cúpula (C) e fórnice posterior (D). Os três pontos estáticos são hiato genital (HG), corpo perineal (CP) e comprimento total da vagina (CTV). O ponto de referência utilizado nesse sistema é o anel himenal (posição zero – 0); os pontos que se encontram em posição cranial ou proximal recebem valor negativo e os pontos que se encontram em posição caudal ou distal recebem valor positivo. Todas as medidas são registradas em centímetros (BUMP et al., 1996; HAYLEN et al., 2016; PERSU et al., 2011; SZÓBEL; DAVILA, 2012).

O hímen atua como ponto fixo de referência em todo o sistema POPQ. Existem seis pontos definidos para medição no sistema POP-Q → Aa, Ba, C, D, Ap, Bp e três outros marcos: GH, TVL, PB. Cada um é medido em centímetros acima ou proximal do hímen (número negativo) ou centímetros abaixo ou distal ao hímen (número positivo), com o plano do hímen definido como zero (0) (PERSU et al., 2011).

FIGURA 1 - DESCRIÇÃO DO PROLAPSO POR SISTEMA DE QUANTIFICAÇÃO DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO (POP-Q)



FONTE: PERSU et al. (2011, p.78).

Os pontos de medidas serão apresentados no Quadro 06, e os estágios correspondentes estão resumidos a seguir no QUADRO 4:

QUADRO 4 - PONTOS DE MEDIDAS USADOS NO SISTEMA DE QUANTIFICAÇÃO DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO (POP-Q)

PONTOS DE MEDIDAS USADOS NO POP-Q	
Aa –	Ponto na parede anterior a 3 cm acima do anel himenal
GH –	Hiato genital. Distância entre o meio do meato uretral e a carúncula himenal posterior
Ap –	Ponto na parede posterior a 3 cm acima do anel himenal
Ba –	O ponto de maior prolapso da parede anterior entre o ponto Aa e o ponto C
PB –	Corpo perineal. Distância entre o meio do orifício anal e a carúncula himenal posterior
Bp –	O ponto de maior prolapso da parede posterior entre o ponto Ap e o ponto D
C –	Lábio anterior do colo uterino ou cúpula vaginal
CTV –	Comprimento total da vagina
D –	Fundo de saco posterior

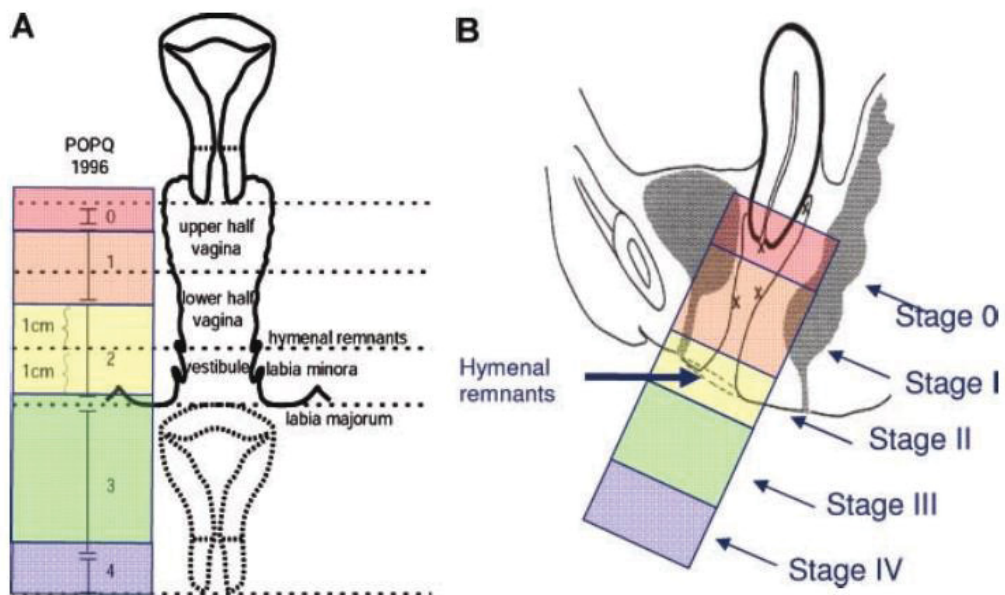
FONTE: BUMP et al. (1996, tradução nossa); HAYLEN et al. (2010, tradução nossa); PERSU et al. (2011, tradução nossa); SZÓBEL; DAVILA (2012, tradução nossa).

Desta forma, os estágios usados no POP-Q são:

- 0 Nenhum prolapso é demonstrado durante o esforço máximo (BUMP et al., 1996; HAYLEN et al., 2010; PERSU et al., 2011; SZÓBEL; DAVILA, 2012);
- I O ponto de maior prolapso está localizado até 1 cm acima do anel himenal (BUMP et al., 1996; HAYLEN et al., 2010; PERSU et al., 2011; SZÓBEL; DAVILA, 2012);
- II O ponto de maior prolapso está localizado de 1 cm acima do anel himenal até 1 cm abaixo do anel himenal (BUMP et al., 1996; HAYLEN et al., 2010; PERSU et al., 2011; SZÓBEL; DAVILA, 2012);

- III O ponto de maior prolapso está localizado de 1 cm abaixo do anel himenal até o comprimento total da vagina menos 2 cm, isto é, não há eversão total da vagina (BUMP et al., 1996; HAYLEN et al., 2010; PERSU et al., 2011; SZÓBEL; DAVILA, 2012);
- IV O ponto de maior prolapso está localizado além do comprimento total da vagina menos 2 cm abaixo do anel himenal ou eversão completa da vagina (BUMP et al., 1996; HAYLEN et al., 2010; PERSU et al., 2011; SZÓBEL; DAVILA, 2012).

FIGURA 2 - ESTADIAMENTO DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO



FONTE: HAYLEN et al. (2010, p.8)

Para melhor avaliação do POP, é preciso realizar uma anamnese completa, exame físico e exames complementares, se necessário; para que assim se possa optar pelo tratamento adequado a cada paciente.

2.3 TRATAMENTO CONSERVADOR

Um estudo realizado por Peterson e Haddad (2015) abordou o tratamento conservador, incluindo o uso de pessários e exercícios do assoalho pélvico, o que apresenta como baixo custo, baixo índice de efeitos adversos e não interfere em nenhum tipo de tratamento subsequente, como o cirúrgico. Assim, esses tratamentos são considerados de primeira linha e devem ser oferecidos a todas as mulheres com POP.

Geralmente o tratamento conservador para o POP é indicado para mulheres sintomáticas; porém a escolha do tipo de tratamento deve ser de forma individual, de acordo com os sintomas apresentados e o seu impacto na qualidade de vida. Mulheres idosas e com dor pélvica tendem a preferir tratamento conservador ao cirúrgico (HEIT et al., 2003).

2.3.1 Pessário Uroginecológico

São dispositivos, geralmente de silicone, usados para tentar restaurar os órgãos prolapsados (como suporte das estruturas pélvicas) à sua posição normal e, assim, aliviar os sintomas (como alívio da pressão na bexiga e no intestino). Existem vários tipos e tamanhos de pessários (BUGGE et al. 2013; PETERSON; HADDAD, 2015).

Os pessários são usados no POP para suportar fisicamente as paredes vaginais e os órgãos pélvicos que estão por trás deles. São inseridos na vagina com o objetivo de segurar os órgãos prolapsados dentro da vagina, apoiando as estruturas pélvicas, e aliviar a pressão sobre a bexiga e o intestino (SMITH et al., 2009; BUGGE et al. 2013;).

Os objetivos do uso de um pessário no manejo do prolapso de órgãos pélvicos incluem: impedir progressão do grau de prolapso; diminuir a frequência ou gravidade dos sintomas do prolapso; evitar ou atrasar a necessidade de cirurgia (BUGGE et al. 2013; OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011).

As principais indicações para o uso de pessários são: paciente que não deseja tratamento cirúrgico; comorbidades que contraindicam procedimento cirúrgico; necessidade de postergar a cirurgia em semanas ou meses; paciente que não deseja ser submetida a nova cirurgia após recorrência do prolapso; gestação; desejo reprodutivo.

Já as contraindicações são: infecção local; impossibilidade de seguimento; incapacidade de manipulação do pessário; alergia ao látex (para pessários de látex) (PETERSON; HADDAD, 2015), ulcerações, atrofia severas.

Existe cerca de 20 modelos de pessários vaginais em uso; e podem ser divididos em dois tipos: pessários de apoio/suporte e pessários de preenchimento (*space-filling*) (OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011; PETERSON; HADDAD, 2015).

Os pessários de suporte geralmente são utilizados para casos de IUE e todos os tipos de prolapso, enquanto os *space-filling* são usados em pacientes com prolapso mais avançados. Eles criam um mecanismo de mola que se apoia posteriormente no fórnice vaginal posterior e anteriormente atrás da sínfise púbica, resultando em uma elevação da porção superior da vagina (PETERSON; HADDAD, 2015).

O modelo em anel é o mais comumente utilizado para prolapso e incontinência urinária de esforço, apresentando sucesso em cerca de 70% das mulheres. É facilmente manipulado pelas pacientes e não interfere na atividade sexual, podendo ser deixado no lugar durante a atividade sexual (PETERSON; HADDAD, 2015).

Um estudo randomizado realizado por Bugge e cols (2013) demonstrou que os dois tipos de pessários, o pessário em anel e o pessário de Gellhorn, funcionaram para 60% das mulheres que completaram o estudo e não houve diferenças entre eles.

Os pessários de preenchimento possuem um mecanismo de sucção entre o pessário e as paredes vaginais e tornam o diâmetro maior que o hiato genital. O tipo mais comumente utilizado é o Gellhorn. Esse pessário contém um disco côncavo que deve ficar posicionado contra o colo uterino ou cúpula vaginal, criando sucção e mantendo o suporte da porção superior da vagina, e uma haste que deve ficar direcionada ao introito vaginal, permitindo a remoção do dispositivo (PETERSON; HADDAD, 2015).

FIGURA 3 - EXEMPLOS DE MODELOS DE PESSÁRIOS



FONTE: MEDICAL SOFTWARE PESSÁRIOS (©2016, não p.)

As principais complicações decorrentes do uso de pessários são: erosões e úlceras vaginais, sangramento vaginal, corrimento vaginal e sintomas irritativos. Geralmente a maior parte dessas complicações está relacionada à atrofia genital, e tratamentos tópicos à base de estrogênios são eficazes; para as erosões vaginais pode ser descontinuado o uso do pessário ou trocado o tamanho ou tipo, essa complicação ocorre em cerca 10% dos casos. Caso a opção seja manter o pessário, deverá ocorrer o acompanhamento profissional semanal até a cicatrização. A vaginose bacteriana pode ocorrer em até 32% das usuárias de pessário (HANSON et al., 2006; SZÓBEL; DAVILA, 2012).

2.3.1.1 Avaliação da paciente e inserção do pessário

Deve-se realizar um exame ginecológico minucioso para a colocação de um pessário, sendo definido o tipo de pessário a ser utilizado conforme com o comprimento e largura da vagina e o estadiamento do prolapso, observando sempre o trofismo vaginal e presença de úlceras (PETERSON; HADDAD, 2015).

É necessário questionar a paciente sobre procedimentos prévios, como cirurgia para correção de incontinência urinária ou fecal, histerectomia, correções de prolapso anteriores ou tratamentos radioterápicos, para compreender melhor a sintomatologia da paciente (SZÓBEL; DAVILA, 2012).

Deve-se levantar o histórico obstétrico: o tipo de parto, pesos fetais, uso de fórceps ou trauma urogenital significativo. E condições associadas ao aumento significativo e repetitivo na pressão intra-abdominal, como tosse crônica, constipação crônica e levantamento de peso (HAYLEN et al., 2010). Além de verificar a condição da paciente quanto à menopausa e aos níveis de estrogênio, pelo efeito na função urogenital.

Ao exame pélvico devem-se pesquisar sinais de atrofia, ulcerações da mucosa vaginal, lesões e tumorações. O exame bidigital é importante para afastar massas pélvicas e para avaliar a dor. O exame retal pode ser realizado para se avaliar o tônus do esfíncter anal no repouso e durante a contração voluntária. No exame do prolapso genital devem-se avaliar separadamente os compartimentos anterior, posterior e apical para identificar com precisão o tipo de defeito do AP. Esse exame pode ser realizado com o auxílio de uma válvula, afastador ou espéculo vaginal (SZÓBEL; DAVILA, 2012).

É importante a adequação do paciente a determinado pessário; levando em conta a atividade sexual, o tipo e o grau do POP, a capacidade do paciente de se autogerenciar ou de participar do acompanhamento. Considerar a capacidade do paciente de participar de exames de acompanhamento, sozinho ou com um cuidador (OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011).

Para determinar o tamanho aproximado do pessário é realizada a avaliação da largura do canal vaginal, separando os dois dedos examinadores na abóbada em plano sagital, estimando a distância de separação entre os dedos (ROBERT; SCHULZ; HARVEY, 2013).

O pessário é de fácil uso e tende a ser confortável, para inserção o pessário é dobrado e a borda de ataque é lubrificada. Deve ser inserido direcionando-o para o sacro, e é desdobrado acima do AP, com a borda anterior logo atrás da sínfise; o dispositivo deve ser girado um quarto de volta em qualquer direção após a colocação para garantir que a borda dobrável não seja colocada na frente do introito, limitando, assim, a expulsão espontânea (ROBERT; SCHULZ; HARVEY, 2013).

Após a inserção, a expulsão deve ser verificada quanto ao movimento, agachamento e realização da manobra de Valsalva, e não deve ser expulso nesses testes (OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011; ROBERT; SCHULZ; HARVEY, 2013). Existem vários métodos de medição, incluindo o uso de um dispositivo graduado (como a pinça de ranie ou colpômetro), porém o tamanho correto é geralmente atingido por tentativa e erro (OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011).

2.3.1.2 *Acompanhamento*

O acompanhamento é individual, podendo variar de mulher para mulher, depende da capacidade dela de remover e inserir, da integridade do epitélio vaginal e de complicações. A mulher deverá ser informada sobre os sintomas de possíveis complicações e alertada para qualquer alteração no padrão de miccional. Recomendam-se inspeções vaginais periódicas, qualquer ulceração franca ou escoriação vaginal deve levar à interrupção do dispositivo até que a mucosa vaginal cicatrize; a irritação vaginal leve é comum e não requer descontinuidade do pessário. Quanto ao acompanhamento, não há um consenso do tempo de retorno do paciente ao profissional (OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011).

No seguimento das pacientes, a utilização de cremes vaginais à base de estrogênio é geralmente recomendada. Os pessários devem ser retirados e higienizados com água e sabão neutro em intervalos regulares pela própria mulher ou pelo profissional de saúde, no caso de ela não conseguir. Consultas com o especialista também devem ser realizadas periodicamente para avaliação da satisfação da mulher e da integridade vaginal (PETERSON; HADDAD, 2015).

A mulher é vista novamente dentro de 2 a 4 semanas, após a inserção bem-sucedida do pessário, para ver se ela está satisfeita ou se outro tamanho ou estilo é necessário. Se não surgirem complicações, o intervalo entre os acompanhamentos pode ser aumentado progressivamente (2-4-6-12 meses), (ROBERT; SCHULZ; HARVEY, 2013).

Os pessários são seguros e desempenham um papel importante no gerenciamento do POP. As complicações graves são raras, estão mais relacionadas à negligência, desta forma, com um acompanhamento regular, a maioria das complicações ao uso do pessário pode ser evitada (ARIAS; RIDGEWAY; BARBER, 2008).

Segundo Lamers, Broekman e Milani (2011), num estudo de revisão com o objetivo avaliar os efeitos do tratamento pessário na qualidade de vida relacionada à saúde específica em mulheres com POP, os resultados apontaram que a maioria dos estudos relatou sucesso com mais de 85%.

Os fatores de risco responsáveis pelo insucesso do ajuste do pessário são o comprimento vaginal curto, o grande hiato genital, a história prévia de histerectomia e os reparos cirúrgicos prévios do POP. O compartimento e o estágio do POP não foram relatados para ter qualquer influência sobre o ajuste bem-sucedido do pessário. De 50% a 80% das mulheres que foram inicialmente equipadas com sucesso continuaram a usar o pessário em um ano. As taxas de continuação em mais de cinco anos variam de 14% a 48%.

Os pessários têm uma alta taxa de sucesso e poucas complicações para o tratamento da incontinência e do prolapso. Quando adaptados com sucesso, eles estão associados à alta satisfação do paciente. Eles devem, portanto, ser considerados como tratamento de primeira linha para todas as mulheres que apresentam POP com ou sem IU de esforço. (ROBERT; SCHULZ; HARVEY, 2013).

Em outro estudo foi demonstrado que o pessário pode produzir um efeito positivo na qualidade de vida de mulheres com prolapso, com bons índices de satisfação (COELHO; DE CASTRO; JULIATO, 2016).

2.3.2 Treinamento dos músculos do assoalho pélvico

O Parecer nº. 04/2016 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN), 2016) respalda o profissional enfermeiro quanto à prática do exercício de assoalho pélvico e demais manejos conservadores a IU.

O ICS recomenda o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) como primeira opção de tratamento para as disfunções uroginecológicas, como a IU, e manejo de POP (ABRAMS, 2010). Tem como objetivos em mulheres com POP melhorar a força e resistência da musculatura do AP, prevenir a progressão do prolapso, reduzir a frequência e gravidade dos sintomas e evitar ou retardar a necessidade de cirurgia (BARACHO, 2018).

É baseado no princípio de fortalecimento dos componentes do mecanismo de fechamento uretral. Consiste em contrações repetitivas dos MAPs envolvendo o treinamento de força e suporte perineal, com melhora do tônus muscular e inibição da atividade da musculatura detrusora da bexiga. Sendo capaz de prover o treinamento da contração reflexa dos músculos do esfíncter uretral quando há um aumento da pressão intra-abdominal e aumentar a pressão de fechamento uretral por aumento da força dos MAPs (PRICE; DAWOOD; JACKSON, 2010).

Para iniciar o treinamento é necessária orientação para identificar e controlar os músculos. A contração correta é descrita como uma elevação para dentro e ao redor de uretra, vagina e reto, sem qualquer movimento visível da pelve ou das extremidades inferiores (BØ et al., 2001).

Muitas vezes, as pacientes têm dificuldade em isolar e contrair os grupos musculares corretos e contraem a musculatura abdominal. É importante que o profissional de saúde se certifique de que o exercício está sendo realizado de maneira correta, o que pode ser feito por meio do toque vaginal bidigital. Durante os exercícios isométricos, deve-se contrair e relaxar rapidamente a musculatura dos levantadores do ânus. Para a realização desses exercícios, a paciente deve ser orientada a esvaziar a bexiga, pois a repleção vesical pode agravar disfunções miccionais (PETERSON; HADDAD, 2015).

O TMAP envolve a contração repetitiva do músculo do AP, que constrói força e apoio perineal e melhora o tônus muscular. O assoalho pélvico é inteiramente composto de músculo estriado, os princípios do treinamento de força para o músculo estriado devem ser seguidos quando se tenta tonificar e fortalecer o AP. O número de contrações recomendadas varia de 8 a 12 contrações três vezes ao dia, a 20 contrações quatro vezes ao dia, até 200 contrações por dia (DUMOULIN; HAYSMITH; HABÉE-SÉGUIN, 2010).

Existem muitas variações de protocolos, porém todos coincidem em três componentes básicos: reservar um tempo dedicado para exercitar, graduar a quantidade ou intensidade do exercício e esforçando-se para induzir a mudança estruturais nos músculos (MILLER, 2002).

Recomenda-se que o regime de exercícios prescritos varie, e que a postura a ser adotada seja sentar, ajoelhar, ficar em pé, deitada e em pé com as pernas flexionadas. A duração recomendada do esquema prescrito varia muito, de uma semana a seis meses, sendo a de três meses a mais recomendada (PRICE; DAWOOD; JACKSON, 2010).

Braekken et al. (2010) pesquisaram a eficácia do TMAP em reverter o POP e aliviar os sintomas. Participaram do estudo 109 mulheres com prolapsos estágios I, II ou III, sendo o estágio II predominante. Cinquenta e nove participantes foram randomizadas para o grupo de TMAP, e o restante (n=50), para o grupo controle. O protocolo de intervenção teve duração de 6 meses, com o TMAP baseado em três séries de oito a 12 contrações máximas, realizadas três vezes na semana. Os resultados sugeriram que o TMAP não só ajudou a prevenir a evolução do prolapso, mas também amenizou os sintomas. A gravidade do prolapso melhorou em 19% naquelas que realizaram os exercícios e 74% das mulheres sentiam menos peso ou abaulamento vaginal, em comparação com 31% do grupo controle. Os autores esclarecem, ainda, que a inclusão de mulheres assintomáticas e com prolapsos estágios I teve por objetivo avaliar o efeito do TMAP como estratégia de prevenção secundária.

Um estudo realizado por Resende et al. (2010) buscou um levantamento das evidências científicas acerca do tratamento conservador do prolapso genital, concluindo que os exercícios perineais parecem melhorar os sintomas relacionados ao prolapso de órgãos pélvicos femininos, bem como a força muscular do assoalho

pélvico e, conseqüentemente, a qualidade de vida; mostrando-se eficaz quando coadjuvante à cirurgia.

Apesar de existirem outros métodos de tratamento, o TMAP ainda deve ser a primeira opção de tratamento conservador para mulheres com IU e POP, pois é um método seguro, eficaz e de baixo custo; o treinamento deve ser oferecido com supervisão especializada e ter duração mínima de 3 meses. *Biofeedback*, estimulação elétrica e cones vaginais devem ser oferecidos às pacientes que não sabem contrair corretamente os MAPs (SILVA FILHO et al., 2013).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO ÀS MULHERES

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS), 2011), a atenção primária à saúde (APS) tem a função de coordenar o cuidado e qualificar o percurso do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS); é a porta de entrada do sistema, e possibilita construir respostas mais próximas das reais necessidades da população, na moldura dos seus territórios de vida, além de qualificar o uso dos outros níveis de atenção.

No século XX as políticas públicas de saúde no Brasil sofreram imensas alterações, passando de uma assistência médica a direito à saúde, ao mesmo tempo em que passou por vários conflitos e interesses. A trajetória dessas políticas, desde o sanitarismo campanhista, passando pelo modelo médico assistencial privatista, ao modelo atual, revela a determinação econômica e a concepção de saúde com a qual cada período operou socialmente (SANTOS, 2005).

Ainda é um desafio qualificar a APS para exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção integrados, capazes de assegurar a linha de cuidado integral e articulado, atendendo às necessidades dos usuários; assim como há fragilidades para efetivar a APS em relação aos programas e protocolos, tendo como consequência a segmentação da prática clínica (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013); e com algumas lacunas a serem preenchidas na assistência realizada.

A política que embasará este estudo será a Política Nacional de Atenção Integral À Saúde da Mulher (PNAISM), com o apoio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), conforme a Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a; 2011b).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi elaborado pelo Ministério da Saúde em 1984, sendo anunciado como uma nova abordagem da saúde da mulher. Pela primeira vez, o governo propôs e implantou, de forma parcial, um programa que contemplava a regulação da fecundidade. O PAISM foi pioneiro, até mesmo no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Por essa razão, os movimentos de mulheres reivindicaram a sua implementação. A adoção do programa representou uma etapa importante de reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres (OSIS, 1998).

O programa propõe que os serviços de saúde devam dar assistência às mulheres em todas as suas necessidades de saúde, em todas as fases de sua vida e de acordo com as características apresentadas em cada fase; inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde, através da implantação do PAISM, preconizava assistência integral para que todo contato que a mulher tivesse com os serviços de saúde fosse utilizado em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde. As diretrizes desse programa foram elaboradas dentro da ótica da atenção primária (BRASIL, 2011a).

O PAISM incorporou com princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011a, p.16-17).

O balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, elaborado por Correa e Piola, indica que, nesse período, trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção) [...] essa definição de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas (CORREA; PIOLA, 2003¹ *apud* BRASIL 2004, p.18).

¹CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanço 1998-2002**: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Foram apontadas várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas; e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, destaca-se o fato de a população brasileira estar envelhecendo. O Brasil passa por um processo de envelhecimento da população, devido à significativa redução da taxa de fecundidade e ao aumento da longevidade dos brasileiros. Em 2050, estima-se que o percentual de pessoas acima de 60 anos corresponderá a cerca de 30% da população do país (IBGE, 2008).

Para Chaimowicz (2013), a proporção de idosos irá triplicar nos próximos 40 anos, e isto trará impacto sobre o sistema de saúde no Brasil. No *ranking* mundial dos países com os mais altos números de idosos na população, o Brasil deverá passar da 16ª posição em 1960 para a sétima em 2025. Em 2050, 38 milhões de brasileiros, ou 18% da população, terão mais de 65 anos.

No Brasil, as mulheres são maioria da população, atualmente vivem mais, têm tido menos filhos, ocupam cada vez mais espaço no mercado de trabalho e são responsáveis pelo sustento de 37,3% das famílias (IBGE, 2018).

Segundo os dados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, divulgada pelo IBGE, o Brasil possuía 103,5 milhões de mulheres (51,4% da população); havendo também aumento da expectativa de vida, em 1980 a mulher vivia, em média, até 65 anos, em 2010 a estimativa subiu para 77 anos de idade (IBGE, 2018).

Os objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher são:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011a, pag. 67).

A Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b), aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas

para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011b).

Essa política tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica; o que visa à reorganização da Atenção Básica no País, com base nos preceitos do SUS, sendo vista como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2011b).

2.5 PAPEL DA ENFERMAGEM

Os profissionais de saúde devem estar preparados para acolher estas mulheres com habilidade técnica e conhecimentos científicos, além de conduta humanizada, já que as disfunções do assoalho pélvico se caracterizam pela sua multifatorialidade e são responsáveis por um impacto negativo na qualidade de vida, gerando transtornos sociais e familiares (SANTOS et al., 2013).

A principal contribuição do profissional de saúde para o atendimento da população feminina é prestar uma assistência que considere os diferentes perfis de mulheres e suas necessidades. Onde o SUS consiga assegurar um atendimento que reconheça, dentre os direitos humanos das mulheres, o direito a um atendimento integral à sua saúde (BRASIL, 2004).

Os cuidados de enfermagem são essenciais na melhoria do estado de saúde das pessoas, mesmo sendo cuidados voltados à manutenção ou à obtenção de estilos de vida saudáveis, ou, quando em situação de doença, se encaminha para a aquisição do bem-estar ou à promoção da independência (GOODMAN et al., 2011).

Por outro lado, os cuidados deverão ser realizados de forma certa, no momento e na forma corretos, na pessoa certa, visando obter o melhor resultado

possível. Desta forma, fundamentam a qualidade da assistência e direcionam a prática de enfermagem, proporcionando uma assistência ética, voltada para a necessidade do paciente, na clínica e nas evidências científicas (PEDREIRA, 2009).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se constitui em um instrumento metodológico dinâmico e essencial para orientar a prática da enfermagem. Permite ao enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, o que favorece um cuidado individualizado, contínuo e com qualidade. Nesse sentido, a SAE propicia subsídios para a organização da assistência de enfermagem no que diz respeito ao método, pessoal e instrumentos de trabalho, o que torna possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (VARELA et al., 2012).

Dessa forma, “a sistematização da assistência de enfermagem, enquanto processo organizacional é capaz de oferecer subsídio para o desenvolvimento de método/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado” (NASCIMENTO et al., 2008).

Na UBS o enfermeiro realiza várias ações voltadas à saúde da mulher, tais como consulta, coleta de citopatológico, pré-natal, planejamento familiar etc. A enfermagem tem fundamental importância na atenção à mulher, desde a realização do acolhimento até a orientação, educação em saúde, proteção e prevenção. É papel do enfermeiro reconhecer as necessidades dessas mulheres e auxiliar no seu tratamento, proporcionar o melhor atendimento, oferecendo opções de tratamento para a escolha da mulher. O enfermeiro deve direcionar suas ações de cuidado de acordo com as necessidades apresentadas.

Assim, enfermeiros com conhecimento podem fazer a diferença no tratamento conservador do POP; precisam adquirir as habilidades para avaliar o prolapso, aprender as indicações para o uso de pessários e como inserir e cuidar adequadamente dos pessários, e assim possam oferecer essa opção para a população de pacientes apropriada (HANSON et al., 2006).

A enfermagem segue regras próprias, consubstanciadas na Lei nº 7.498/1986, Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986) e seu Decreto Regulamentador, n.º 94.406/1987 (BRASIL, 1987), além do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017). Neste sentido, a Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde humana, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais (COFEN, 2017). Assim como no

seu artigo 11, inciso I, alínea “i”, que prevê a consulta de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro (BRASIL, 1986).

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa teve como objeto de estudo os cuidados de enfermagem a serem realizados a mulheres com POP na atenção primária à saúde pelo profissional Enfermeiro.

3.1 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (SCS/UFPR), em abril de 2018. E, de acordo com as atribuições definidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 (BRASIL, 2012), foi aprovado em 16 de abril de 2018, com o registro nº 87650618.9.0000.0102 e o Parecer nº 2.600.089 (ANEXO 1). Após aprovação, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao CEP da instituição coparticipante, a Secretaria Municipal da Saúde de um dos municípios do PR, aprovado em 17 de maio de 2018, com o Parecer nº 2.660.695 (ANEXO 2).

Foram previamente informados os objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa aos enfermeiros, convidando-os a participar, sendo-lhes permitida a desistência a qualquer momento. Para garantir sigilo e anonimato, os nomes verdadeiros foram omitidos e atribuídos códigos para identificação, representados pela letra G para grupos, seguida de número de 1 ao 15, e M para o manual, seguido da numeração. Exemplo: M1. Foi mantido também o anonimato da instituição, atribuídos números aos distritos (Exemplo: DS 1).

Os dados coletados por meio das oficinas, que foram audiogravadas conforme permissão e autorização dos participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (APÊNDICE A), visaram captar a discussão pertinente ao tema. As informações obtidas tiveram por finalidade esta pesquisa e as publicações que dela resultarem, e ficarão arquivadas e armazenadas exclusivamente pela pesquisadora em arquivo digital, por no mínimo cinco anos.

3.2 TIPO DE PESQUISA

Estudo metodológico com abordagem qualitativa. Na pesquisa metodológica se desenvolvem instrumentos, o que envolve métodos complexos e sofisticados,

portanto, trata-se do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

No estudo metodológico o pesquisador tem como meta a elaboração de instrumento de captação ou manipulação da realidade, confiável, preciso e utilizável, que possa ser empregado por outros pesquisadores e outras pessoas. Está associado a caminhos, formas, maneiras, procedimentos para atingir determinado fim. Este estudo cabe a qualquer disciplina científica lidando com fenômenos complexos como o comportamento ou a saúde dos indivíduos, tal qual ocorre na pesquisa de enfermagem (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa qualitativa baseia-se na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como é definida pelos seus próprios autores (POLIT; HUNGLER, 1995).

A pesquisa qualitativa caracteriza-se como um estudo detalhado de um determinado fato, objeto, grupo de pessoas; visa buscar informações confiáveis para explicar o significado e as características de cada contexto em que se encontra o objeto de pesquisa (OLIVEIRA, 2013). Esta abordagem é guiada pela visão de mundo do pesquisador e por sua capacidade em captar a realidade dinâmica e complexa do seu objeto de estudo; o pesquisador deverá estar inserido de alguma maneira em seu local de estudo, propiciando um entendimento melhor da realidade e com maior possibilidade de compreensão dessa realidade (DYNIEWCZ, 2007).

A abordagem qualitativa permite ao pesquisador um olhar amplo de um cenário; poderá ser usada para responder questões que não podem ser analisadas em números, portanto, requerer atitudes flexíveis, capacidade de observação e de intuição entre o pesquisador e os sujeitos envolvidos na pesquisa (MINAYO, 2014).

A estrutura da metodologia proposta para o desenvolvimento da pesquisa foi idealizada em cinco etapas: aproximação com o campo de pesquisa; levantamento dos dados de mulheres com POP; coleta de informação referente ao conhecimento dos enfermeiros; além de oficina para sensibilizar os profissionais sobre os cuidados de enfermagem a mulher com POP; e bem como a construção e discussão do manual.

O produto resultante desta pesquisa foi um manual clínico. O manual é um guia prático que explica o funcionamento de algo (FERREIRA, 2014); serve para o profissional como um processo de compreensão, como procedimentos/rotinas; estes

por sua vez, são descrições detalhadas da execução de um cuidado de enfermagem direto ou indireto (PIMENTA et al., 2015).

3.3 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um Município do Estado do PR, na Secretaria Municipal da Saúde, nas unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário 1 (DS1).

A Secretaria Municipal da Saúde organiza os serviços de saúde de forma a melhor atender às necessidades locais da população, divide o território municipal em áreas de abrangências das unidades de saúde e, estas, por sua vez, são agrupadas em 10 Distritos Sanitários de Saúde (CURITIBA, [2017?]).

O DS1 conta com nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) e duas Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), uma residência terapêutica, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros que trabalhavam na atenção primária (UBS, ESF e DS), e que pertenciam ao DS1. Foi realizado convite àqueles que atuavam na assistência de enfermagem, de forma direta ou indireta (aqueles que atuavam na gestão da Unidade), em um município do PR, do DS1, conforme cronograma previamente acordado com a supervisora do distrito.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional Enfermeiro, lotado na SMS, que atue na assistência direta e indireta a mulheres que podem apresentar prolapso de órgãos pélvicos; aceitar participar de todas as etapas propostas pelas pesquisadoras; ser residente de enfermagem (1º e 2º ano).

Os critérios de exclusão foram: profissionais que no momento da pesquisa estivessem afastados do trabalho por licenças e/ou férias.

Atualmente o DS1 conta com 42 enfermeiros, dentre eles, a supervisora distrital; possui também residentes de enfermagem. Realizou-se convite a todos, inclusive à enfermeira que é a Coordenadora de Enfermagem (nível central da SMS), totalizando 46 convidados, tendo participado deste estudo 42 profissionais.

Estes participantes eram do sexo feminino, com idade entre 22 e 61 anos. O tempo em que os profissionais enfermeiros exerciam a profissão (em anos) variava

de 0 a 29 anos. Possuíam qualificação profissional – pós-graduação *lato sensu* (Especialização), em diversas áreas, tais como: Ciência do Esporte, Saúde da Mulher, Obstetrícia, Saúde da Família, Gerontologia, Gestão em Saúde do Trabalhador, Urgência e Emergência, Trabalho, Auditoria, UTI, Gerenciamento em Enfermagem; Mba em Auditoria, Saúde Pública, Vigilância em Saúde, Gestão de Emergências de Saúde Pública, Saúde Mental, Gestão, Sistematização da Assistência em Enfermagem, Neonatal. Cerca de 79% trabalhavam na assistência direta aos usuários, e 21% trabalhavam na área administrativa.

3.5 CONSULTA DE PARECER TÉCNICO AO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM

Para fundamentar legalmente este estudo, sobre a prescrição, manipulação e introdução de Pessário Vaginal, foi realizada uma solicitação ao Conselho de Enfermagem do Paraná (COREN-PR) em 23 de janeiro de 2018, protocolada sob o nº COREN-PR1516754524110216844573, com a seguinte petição:

“Solicito Parecer Técnico ao COREN-PR, referente ao trabalho dos Profissionais Enfermeiros, especialistas ou não, quanto à Prescrição e Inserção de Pessários Uroginecológicos (vaginais), utilizados para o tratamento conservador de prolapso de órgãos pélvicos e incontinência urinária.”

De acordo com a Lei 7.498/86 (BRASIL, 1986), art. 11, inciso h, são atribuições privativas do Enfermeiro a consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem. Para tanto, o Parecer Técnico é um pronunciamento, recomendação ou opinião fundamentada manifestada por profissional Enfermeiro capacitado e legalmente habilitado sobre assunto de sua especialidade, sobre matéria de Enfermagem a respeito da qual existe dúvida, com o objetivo de esclarecer, interpretar e explicar certos fatos para um interlocutor que não é tão especializado.

Portanto, não se trata de dúvida em relação a determinado procedimento, mas, sim, no que se refere às atribuições e competências de auxiliares, técnicos de enfermagem ou enfermeiros.

Para que a solicitação de Parecer Técnico seja publicada no *site* do COREN, o Presidente do Conselho designa um profissional Enfermeiro para examinar sobre o assunto e emitir opinião abalizada por argumentação e embasamentos teóricos. Posteriormente, o relatório é submetido para avaliação e aprovação do Plenário do COREN, e será uma recomendação para todos os profissionais de Enfermagem.

Em 23 de abril de 2018, recebemos o seguinte retorno do COREN-PR:

“Recebemos sua solicitação. Gostaria de avisar que a estruturação do Parecer está em tramite, após o mesmo será encaminhado para ROP (Reunião Ordinária de Plenária) para aprovação ou sugestão dos Conselheiros. Esses tramites duram em média de 30 a 90 dias. Após aprovação do Parecer o mesmo será publicado na página <http://corenpr.gov.br/portal/profissional/legislacao/pareceres-corenpr>.

Corroboramos com o referido documento já que os Pessários são dispositivos ginecológicos fabricados em silicone e utilizados para tratamento conservador (sem cirurgia) do prolapso genital, seja ele uterino, vaginal (retocele ou cistocele) e ainda incontinência urinária. Para a utilização de um pessário é importante a avaliação de um profissional especializado, pois é necessária a avaliação do grau do prolapso (quando houver), se há incontinência ou obstrução urinária associada, bem como é importante a medida da elasticidade vaginal, para que o pessário se “encaixe” perfeitamente. Portanto para a prescrição e inserção dos Pessários Uroginecológicos é necessário capacitação e/ou treinamento específico e a contemplação dos mesmos em protocolos, rotinas e normas técnicas da instituição. Visando uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, conforme previsto no Código de ética dos Profissionais de Enfermagem.”

Em 10 de abril de 2019, após contato prévio com o setor responsável pela emissão de parecer técnico do COREN-PR, foi encaminhado documento para avaliação, sobre o tema solicitado ao COREN-PR, referente ao trabalho dos profissionais enfermeiros, especialistas ou não, quanto à prescrição e inserção de pessários uroginecológicos (vaginais), utilizados para o tratamento conservador de prolapso de órgãos pélvicos e incontinência urinária, para que possa corroborar com a elaboração do parecer do COREN-PR pertinente ao tema.

Posteriormente recebemos a confirmação de que este documento iria passar na ROP de junho ou julho do corrente ano para avaliação.

No final de 2019 foi realizada a liberação no *site* do Coren-PR do Parecer Técnico n. 2019/003 (COREN/PR, 2019), intitulado: Prescrição e inserção de pessários uroginecológicos utilizados para o tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos e incontinência urinária (ANEXO 3); o qual declara que:

“O Enfermeiro, especialista ou não, está apto a realização da prescrição e inserção de pessário uroginecológico, desde que tenha sido capacitado, treinado e tenha desenvolvido habilidade para efetivar uma avaliação clínica da paciente para a adequação do dispositivo, assim como identificação de alterações vaginais e cuidados associados” (COREN/PR, 2019, p.4).

3.6 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS

A fase de coleta de dados deste estudo foi desenvolvida em cinco etapas:

- 1ª etapa: Elaboração e aplicação de um questionário e realização do teste piloto;
- 2ª: Análise de dados extraídos de relatório do sistema eletrônico do município;
- 3ª etapa: Revisão Bibliográfica;
- 4ª etapa: Elaboração do Manual Clínico;
- 5ª etapa: Oficinas com aplicação do questionário e a discussão do Manual.

Na sequência, apresentam-se as etapas, correlacionando-as com os objetivos propostos neste estudo.

Para a **primeira etapa**, foi elaborado um questionário (APÊNDICE B) com a intenção de capturar dos participantes informações e opiniões sobre a temática. Tal instrumento constitui-se de perguntas abertas e fechadas, previamente elaboradas e dispostas sistematicamente e sequencialmente em torno do tema pesquisado. O instrumento foi composto por duas partes:

- Parte 1 – Características dos participantes, tais como: sexo, idade, tempo de trabalho como enfermeiro, qualificação profissional e área de atuação;
- Parte 2 – Dados específicos, sobre POP e Pessários, tais como: definição, uso, indicação, cuidados, entre outros. Dúvidas e sugestões.

Foi realizado um teste piloto, com sete enfermeiros, visando avaliar e testar o questionário, para melhorar o instrumento de pesquisa; assim como capturar dos participantes informações e opiniões, sobre a temática.

A importância de conduzir um estudo piloto está na possibilidade de testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos e procedimentos de pesquisa. Realiza-se um teste piloto com o objetivo de descobrir pontos fracos e problemas em potencial, para que sejam resolvidos antes da implementação da pesquisa; e, para a sua realização, a quantidade de participantes não precisa ser superior a 10% da amostra almejada (CANHOTA, 2008).

O instrumento de pesquisa usado como piloto precisou de adequações e ajustes em alguns pontos. O *feedback* realizado permitiu observar se a redação das questões estava clara para todos os questionados, bem como se as questões tinham o mesmo sentido para todos.

O estudo piloto possibilitou adequações necessárias, de acordo as indicações apresentadas. Além disso, proporcionou o treino do pesquisador na organização e avaliação dos dados.

Na **segunda etapa**, para o objetivo “Quantificar o atendimento de mulheres com POP “, foi efetuada a coleta de dados contidos em relatório do sistema eletrônico da SMS, especificamente nos registros dos relatórios de consultas especializadas, ou seja, de mulheres que foram encaminhadas para a especialidade de Ginecologia Incontinência, da rede pública de saúde, encaminhadas por POP e que aguardavam liberação de consulta. Visou levantar dados destas mulheres com POP, contendo informações como motivo do encaminhamento, quantitativo e DS, para que pudessem subsidiar a contextualização da realidade, buscando informar os enfermeiros sobre a realidade vivenciada por estas mulheres.

Na **terceira etapa** “Revisão Bibliográfica” e a **quarta etapa** elaboração do Manual, conforme objetivo “Construir um manual clínico de cuidados de enfermagem a mulheres com POP” (APÊNDICE C), foram realizadas buscas em bases de dados, com embasamento em evidências científicas; esse processo ocorreu durante todo o desenvolvimento do estudo.

Como a Secretaria Municipal da Saúde não possui em sua rede o pessário para inserção, optou-se pela construção de um manual, por ser um instrumento que guia o profissional na execução de um cuidado (PIMENTA et al. 2015); justificando-se a construção de um Manual e não um Protocolo institucional.

A **quinta etapa** ocorreu por meio da oficina com a aplicação do questionário, para sensibilizar os profissionais; bem como a “Discussão do Manual”.

O convite para esta Oficina foi enviado aos enfermeiros oficialmente via *email* institucional, posteriormente o convite foi reforçado em reunião de autoridade sanitária local e via WhatsApp. Os profissionais tiveram liberação do seu horário de trabalho como hora de aperfeiçoamento.

A participação foi espontânea, realizada em dois momentos. Para que todos tivessem oportunidade de participar, uma oficina foi realizada no turno da tarde (D1) e outra, no turno da manhã (D2). As oficinas ocorreram no auditório do Laboratório Municipal no DS1, onde os participantes foram acolhidos, realizada uma breve apresentação da pesquisa intitulada “Manual Clínico de Cuidados de Enfermagem a Mulheres com POP”, em virtude do mestrado profissional em Enfermagem, pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Foi realizada a contextualização do problema, sobre a falta de enfoque e resolutividade do Sistema de Saúde na Prevenção e Tratamento dos POPs e apresentou-se a justificativa da pesquisa, tendo por intenção de promover informação e atendimento qualificado mediante a identificação dos cuidados de enfermagem a serem realizados a mulheres com POP.

Na sequência, foram apresentados os objetivos e o convite para participar da pesquisa, com a assinatura do TCLE; sendo entregues duas vias do TCLE para assinatura e uma caneta a cada profissional.

No D1 houve 27 participantes, e no D2, 15, totalizando 42 enfermeiros, e todos concordaram em participar da pesquisa.

Para sensibilizar os enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados à mulher com POP, utilizou-se como metodologia o trabalho em grupos por meio de oficinas, na intenção de impactar os profissionais sobre o tema proposto para o estudo. Promoveu-se a discussão e possibilidade de planejamento dos cuidados de enfermagem na APS. Utilizando esse processo, buscou-se apresentar os dados analisados referentes à prevalência do POP da rede pública, e do DS1, mostrando que essa demanda existe. Houve relato de experiência, sensibilizando-os para um novo olhar sobre estas mulheres com esta problemática.

Posteriormente, foi apresentada a quantificação dos atendimentos das mulheres com POP, com base na fila de consulta especializada (Ginecologia Incontinência), pelo relatório do sistema eletrônico utilizado na instituição, retirado

em 2018, e a contextualização do cenário de pesquisa pelos dados encontrados (CURITIBA, [2017?]).

Para “Caracterizar o conhecimento dos enfermeiros sobre o tema”, foi utilizado um questionário (APÊNDICE B) para identificar o conhecimento destes profissionais quanto ao tema.

Em seguida, foi explicado que a oficina seria dividida em dois momentos. O primeiro: a aplicação do questionário de avaliação do nível de conhecimento profissional sobre a temática, que ocorreu com a formação de grupos, de forma aleatória, contendo até três pessoas. Foi entregue um questionário para que cada grupo respondesse, sem que houvesse consulta à Internet e/ou a outro grupo; e concedido um tempo de 30 minutos para responderem.

Nesse tempo concedido, observaram-se vários burburinhos entre os participantes, e questionamentos referente ao tema, buscando encontrar as respostas, demonstrando curiosidade/interesse pelo assunto.

Durante os dois dias houve a formação de 15 grupos, identificados com letras e números, de G1 a G15. Após o término desta atividade, foi proposto um intervalo.

Ao retorno, iniciamos o segundo momento da oficina, com a explanação do manual de forma expositiva dialogada, contando com a participação de todos.

Afonso e cols. (2013, p.27) define Grupo como “um conjunto de pessoas unidas entre si porque se colocam objetivos e/ou ideais em comum e se reconhecem interligadas por esses objetivos e/ou ideais.

Nessa metodologia, buscaram-se, por meio da oficina em grupo, ações educativas, participativas, visando sensibilizar os profissionais quanto à assistência prestada, e à elaboração de questões em saúde e doença com foco e contexto previamente definido.

A oficina em dinâmica de grupo é colocada como um trabalho estruturado de grupos, independentemente do número de encontros; busca uma reflexão racional e envolver os participantes de maneira integral (AFONSO et al., 2013).

Foi utilizada a proposta de construção de oficinas abordada por Afonso e cols. (2013), com os seguintes itens: tema e análise da demanda, foco, temas geradores, enquadre, planejamento flexível, sequência e organização dos encontros e recurso às técnicas de dinamização em grupo.

QUADRO 5 - OFICINA

PESQUISA: MANUAL CLÍNICO PARA ORIENTAÇÃO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM A MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS	
ITENS PARA CONSTRUÇÃO DE OFICINAS	OFICINA DA PESQUISA
Tema e análise da demanda (AFONSO et al., 2013)	Contextualização e reflexão da realidade. Apresentação da necessidade e importância da pesquisa. Sensibilização para a temática POP. Apresentação e Discussão do manual.
Foco (AFONSO et al., 2013)	O cuidado de enfermagem realizado a mulheres com prolapso de órgãos pélvicos. Discussão em grupo sobre o cuidado de enfermagem na APS.
Temas geradores (AFONSO et al., 2013)	Acolhimento. Apresentação individual. Experiência profissional. Convite a participar do estudo. Papel da enfermagem; desafios em relação ao cuidado relacionado ao POP.
Enquadre (AFONSO et al., 2013)	Auditório Laboratório Municipal, turnos matutino e vespertino. Foram convidados os profissionais enfermeiros que atuavam na assistência direta e indireta à mulher. O tempo de duração foi de 4 horas consecutivas. Facilita a interação entre os participantes, a troca de experiências (AFONSO et al., 2013)
Planejamento flexível (AFONSO et al., 2013)	Foram realizadas duas oficinas que contemplassem a participação dos profissionais conforme seus horários de trabalho. Ocorrendo uma oficina em cada turno.
Recursos às técnicas de dinamização em grupo (AFONSO et al., 2013)	Questionário, diálogo em grupo, apresentação em Power Point, vídeo, escrita em papéis, uso de nuvens de palavras. Visa expandir o conhecimento no grupo e auxiliar a interação (AFONSO et al., 2013)

FONTE: A autora (2019), com base em AFONSO et al. (2013).

3.7 ANÁLISE DE DADOS

A interpretação e análise dos dados desta pesquisa foram realizadas de forma qualitativa e tiveram como base os preceitos de John W. Creswell (2010, p. 217), nos quais “o processo de análise dos dados envolve extrair sentido dos dados do texto”, num processo de reflexão, continuamente; a análise de dados qualitativos corresponde a uma ação constante durante todo o estudo.

A investigação qualitativa emprega diferentes concepções filosóficas; estratégias de investigação; métodos de coleta, análise e interpretação de dados. [...] os procedimentos qualitativos baseiam-se em dados de texto e imagem, têm passos singulares na análise dos dados e se valem de diferentes estratégias de investigação (CRESWELL, 2010, p. 206).

Para analisar os dados foram seguidos os passos para análise de dados na pesquisa qualitativa propostos por Creswell (2010):

Passo 1: Organizar e preparar os dados para a análise, o que inclui transcrever os questionários e audiograções, digitar as anotações de campo e digitalizar o material ou separar os dados CRESWELL, 2010, p. 218).

Passo 2: Ler todos os dados para obter a percepção geral das informações e refletir sobre seu significado por inteiro CRESWELL, 2010, p. 218).

Passo 3: Iniciar uma análise detalhada pelo processo de codificação e organização do material em blocos ou segmentos de texto, gerar uma descrição do local ou das pessoas e das categorias ou temas para a análise (CRESWELL, 2010, p. 218).

Os dados dos questionários foram compilados e salvos em arquivo digital (*software Word*) conforme as respostas apresentadas em cada grupo; para garantir o anonimato, cada grupo foi identificado por letras e números.

As oficinas foram audiogravadas, utilizando-se de celular e, para dar continuidade ao primeiro passo proposto por Creswell (2010), os dados das mesmas foram sendo transcritos conforme desenvolvimento de cada oficina, por meio do *software Word*, sendo cada participante identificado por letras e números para a garantia do anonimato. Depois da transcrição foram realizadas a leitura dos dados e a identificação das falas, segundo a pertinência com os temas e objetivos propostos na oficina.

O Passo 4 (Usar o processo de codificação para descrever o cenário ou as pessoas e as categorias ou temas para análise), bem como o **passo 5** (Informar como a descrição e os temas serão representados na narrativa qualitativa) não foram aplicados nesta pesquisa, por não serem pertinentes.

Para finalizar a análise, seguiu-se para o **passo 6:** Extrair significado dos dados e questionar o que foi aprendido com a pesquisa.

Após a compilação e agrupamentos dos dados, estes foram analisados, na busca de extrair significados e caracterizar os conhecimentos dos participantes acerca da temática, correlacionando com evidências científicas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados provenientes do levantamento da fila de consulta especializada da SMS; na sequência, a caracterização do conhecimento dos enfermeiros pertinente ao tema, a discussão do manual pelos enfermeiros, e a representação do que aquele momento significou para eles, por meio da nuvem de palavras, e a discussão com a literatura científica.

4.1 QUANTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO DAS MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Os dados foram coletados em 20 de setembro de 2018, no sistema eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com base na fila de consulta especializada Ginecológica Incontinência. Naquele momento constavam na fila espera 439 mulheres.

Conforme as TABELAS 1 e 2, seguem-se os dados encontrados:

TABELA 1 - NÚMERO DE MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

	Nº CASOS	OUTROS MOTIVOS	INCONTINÊNCIA URINÁRIO	PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO	POP + IU
TOTAL CASOS	439	3	240	15	181
	436	-	240 (55,05%) IU = 30* IUE = 176* IUM = 25 IUU = 8	15 (3,44%) **	181(41,51%) POP + IU = 27 POP + IUE = 142 POP + IUM = 7 POP + IUU = 5

FONTE: RELATÓRIO SISTEMA ELETRÔNICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (2018).

LEGENDA: IU – Incontinência urinária; POP – Prolapso de órgão pélvico; IUE – Incontinência urinária de esforço; IUM - Incontinência urinária mista; IUU – Incontinência urinária de urgência

NOTA: * Um caso foi encaminhado ao atendimento especializado por IU e IUE.

** Inclui casos de prolapso genital, prolapso uterino, cistocele, retocele, retocistocele.

Dos 439 casos, 240 mulheres foram encaminhadas ao especialista por apresentarem IU; 15 mulheres, por POP; e 181, IU associado ao POP; e três mulheres por outros motivos. Considerando a amostra de 436 mulheres, os casos de incontinência urinária representam 55,05%, foram identificados casos de IU por esforço, mista, urgência e sem classificação; o maior número de casos foi por incontinência urinária de esforço (IUE), 177 casos, correspondendo a 73,75%.

A IUE é caracterizada pela queixa de perda involuntária de urina em esforço ou esforço físico (por exemplo, atividades esportivas), ou em espirros ou tosse (HAYLEN et al., 2010), ou seja, observação de vazamento involuntário da uretra em sincronia com esforço ou esforço físico (ABRAMS et al., 2003).

Quinze mulheres apresentavam quadro de POP, representando 3,44% da amostra; e 181 mulheres (41,51%) apresentaram POP associado a IU; destes, o maior número de casos associados se deu pelo POP e IUE, correspondendo a 78,45% dos casos. Durante a análise dos dados, observou-se a classificação de vários tipos de POP, tais como: prolapso genital, uterino, cistocele, retocele, retocistocele; porém não foi possível uma análise detalhada, por não haver uma descrição da classificação utilizada, com características de avaliação igual para todos, nem a localização do estágio em que se encontrava o POP em todos os casos.

Mulheres com prolapso podem ter sintomas como abaulamento ou sensação de peso na região pélvica, sintomas urinários, defecatórios ou sexuais, que estão relacionados com o prolapso. Sintomas como IUE podem coincidir em razão da perda do suporte da parede vaginal anterior, ou ápice vaginal, e podem ainda apresentar redução do jato ou retenção urinária em função da dobra da uretra, precisando às vezes utilizar o dedo para auxiliar no esvaziamento vesical (UUSTAL FORNELL; WINGREN; KJØLHEDE, 2004).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE CASOS POR DISTRITOS SANITÁRIOS

DISTRITO SANITÁRIO	Nº CASOS	%
DS1	74	16,86
DS2	91	20,72
DS3	56	12,76
DS4	47	10,71
DS5	46	10,48
DS6	41	9,34
DS7	35	7,97
DS8	25	5,69
DS9	17	3,87
DS10	7	1,60
TOTAL	439	100,00

FONTE: RELATÓRIO SISTEMA ELETRÔNICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (2018).

LEGENDA: DS – Distrito Sanitário

A distribuição dos casos por DS foi da seguinte forma:

O Distrito DS2 ficou em primeiro lugar, se considerarmos um *ranking*, com 91 casos (20,72%); na sequência vem o DS1, com 74 casos (16, 85%), que foi o local de escolha para o estudo; justificando que existe uma demanda por parte das mulheres e que deve-se olhar para estes dados e qualificar a fila, visando a um atendimento adequado.

Em terceiro lugar, encontra-se o DS3, com 56 casos (12, 75%); seguido do DS4 com 47 casos (10,70%) e do DS5 com 46 casos (10, 50%).

Os demais distritos apresentaram um percentual menor que 10%, DS6 com 41 casos (9,34%), DS7 com 35 casos (7, 97%), DS8 com 25 casos (5,70%); DS9 com 17 casos (3, 87%) e o DS10 com sete casos (1,60%).

Acredita-se que muitos casos possam estar subnotificados em outras filas de consulta especializada, em vista da possibilidade de outros encaminhamentos, como, por exemplo, a especialidade de Urologia Geral; e até mesmo muitas destas mulheres não receberem atendimento, devido a se sentirem constrangidas, vergonhadas, ou até mesmo por acharem que é normal ao envelhecimento e, assim, não procurarem o atendimento com a equipe de saúde.

A prevalência de POP varia dependendo da definição usada. Quando o POP é definido e baseado nos sintomas, a prevalência é de 3 a 6%, no entanto, quando se baseia no exame físico, a percentagem é de 41 a 50%. Esta diferença pode ser explicada pelo fato de o prolapso ser identificado no exame físico, mesmo sendo assintomático (KAVEN et al., 2013).

Espera-se que 50% das mulheres desenvolvam POP, no entanto, nem todas serão sintomáticas e apenas 10 a 20% irão procurar atendimento profissional (OLSEN et al., 1997). Numa consulta de rotina, a perda de suporte vaginal e uterino é observada em até 30-76% das mulheres, destas, 3-6% apresentam prolapso abaixo do hímen (BARBER, 2016).

Dessa forma, acreditou-se que esta explanação pudesse contribuir para reconhecimento da realidade local e um novo olhar às mulheres que procuram atendimento na rede pública.

4.2 QUESTIONÁRIO – AVALIAÇÃO NÍVEL DE CONHECIMENTO PROFISSIONAL

O questionário visou caracterizar o conhecimento dos profissionais que atuavam na APS, referente aos POPs. Conforme as respostas obtidas, realizou-se agrupamento destas por similaridades ou não; nesse momento, optou-se por expor no decorrer do texto as respostas apresentadas pelos participantes, acreditando ser mais didática a leitura, apresentação e discussão das mesmas.

A primeira parte do questionário é referente a características gerais, da primeira à sexta as questões são de cunho demográfico, uma vez que se referem à identificação quanto ao sexo, idade, tempo de profissão, qualificação profissional, área de atuação; dados estes que foram apresentados em participantes da pesquisa.

Observou-se que algumas especializações estavam voltadas à área da mulher, tais com: Obstetrícia, Saúde da Mulher, e pode-se considerar a Gerontologia, por se tratar do processo de envelhecer, no qual geralmente está inserido o maior grupo de mulheres com POP.

Os enfermeiros que estavam nos grupos G1, G2, G3, G4, G5, G7, G8, G9, G10, G12, G13 (2 enfermeiros), G14, G15 atuavam na assistência direta aos usuários. Enquanto os grupos G6, G11, G12, G13 (1 enfermeiro) atuavam na área administrativa/técnica (chefia, coordenador, apoio, supervisor). Caracterizando que um número de 32, mais da metade dos enfermeiros participantes deste estudo, atuavam na assistência direta, e um grupo menor, de 10 participantes, na assistência indireta ao usuário.

A segunda parte do questionário é referente à coleta de dados específicos sobre o POP e Pessários, sendo cinco questões referentes ao POP (da questão 7 a 11), e nove questões relacionadas aos pessários (de 12 a 20).

Primeiramente foi questionado “O que os participantes entendiam como POP, também nominado distopia, prolapso genital”, os quais apresentaram as seguintes respostas:

“Quando os órgãos da pelve estão fora do lugar, bexiga e/ou útero e que são percebidos num exame ginecológico, por perda de urina relata, etc.”
(G1)

“Saída anormal dos órgãos da cavidade pélvica (vagina).” (G2)

“Saída dos órgãos para fora da vagina.” (G3)

“Exteriorização dos órgãos pélvicos pelo canal vaginal.” (G4)

“É a exteriorização do colo uterino e bexiga orifício vaginal.” (G5)

“Quando temos órgãos pélvicos descendo pela vagina.” (G6)

“Fragilidade da musculatura pélvica.” (G7)

“Quando um órgão pélvico está fora de onde deveria estar.” (G8)

“Queda do órgão devido fraqueza do músculo.” (G9)

“Órgãos que estão deslocados da anatomia normal, bexiga caída. Fragilidade da musculatura.” (G10)

“Deslocamento do órgão, permitindo assim sua visualização”. (G11)

“Exposição do órgão pélvico.” (G12)

“Exteriorização de um órgão (colo uterino) para fora do canal vaginal.” (G13)

“Exteriorização de órgão genitais, perda do controle da musculatura.” (G14)

“Queda de órgãos pélvicos.” (G15)

Os profissionais demonstraram ter algum conhecimento sobre o que é a comorbidade questionada. Segundo Haylen et al. (2016, grifo nosso), o prolapso, no latim: *Prolapsus*, significa “escorregar”; refere-se a uma queda, deslize ou deslocamento para baixo de uma parte ou órgão. Órgão pélvico refere-se mais comumente ao útero e/ou aos diferentes compartimentos vaginais e seus órgãos vizinhos, como bexiga, reto ou intestino. O POP é, portanto, uma definição de mudança anatômica. Algumas dessas mudanças podem ser consideradas dentro da faixa de normalidade para certas mulheres. Um diagnóstico de POP idealmente exige evidências clínicas claras, começando com uma mulher com sintomas

relacionados ao “deslocamento para baixo” de um órgão pélvico (HAYLEN et al. (2016, p.656, tradução nossa).

Quando questionados sobre quais eram os impactos que o POP poderia ocasionar na vida de uma mulher, obtiveram-se as seguintes respostas:

“Vergonha; impacto emocional/psicológico, na rotina diária; Constrangimento; diminuição da qualidade de vida, incontinência urinária, diminuição da libido dor na relação sexual e/ou desconforto, perdas urinárias, dificuldade de convívio social, de autoestima; dificuldade na higiene, infecção de repetição; predisposição às vaginoses; isolamento social e impacto na vida conjugal.” (G1 ao G15)

De forma geral, os grupos demonstraram ter algum conhecimento sobre o impacto do POP na vida das mulheres. Essa comorbidade afeta o contato social, a atividade laborativa, a higiene e, conseqüentemente, a vida sexual destas mulheres.

O POP, que é a herniação dos órgãos pélvicos através da vagina, é uma condição comum em saúde feminina, muitas mulheres têm sintomas que causam impacto no dia a dia, na função sexual e atividade física (HORST; SILVA, 2016), o que corrobora com o conhecimento demonstrado pelos profissionais.

O prolapso genital é uma causa importante de morbidade, podendo afetar intensamente a qualidade de vida das mulheres, causando impacto psicológico, social e financeiro. Os dados epidemiológicos dessa doença são subnotificados devido às mulheres esconderem o problema ou o aceitarem como consequência natural do envelhecimento ou dos partos vaginais (JELOVSEK; BARBER, 2006; BIDMEAD; CARDOZO, 1998).

Ao serem questionadas se já haviam atendido alguma mulher que tivesse apresentado POP, três grupos responderam que não e 13 grupos responderam que sim; o G12 teve participantes que já haviam atendido e outro(s) que não atenderam mulheres com POP. Ficando evidente que a maioria dos profissionais, em algum momento, já tinha atendido mulheres com POP.

Na sequência foi questionado, caso ele já tivesse atendido, qual seria a conduta adotada/realizada. A maioria dos grupos descreveu que foi o encaminhamento para avaliação com o ginecologista e/ou médico (10 grupos deram esta resposta). O G3 relatou a conduta realizada como *“reversão manual uterina, encaminhamento para ginecologista”*; o G4: *“encaminhamento ao GO e orientado*

exercícios de fortalecimento pélvico"; o G6: *"encaminhava para GO em alguns casos ou para fisioterapia em outros casos. Também orientava na consulta exercícios"*; e houve quatro grupos com nenhuma conduta realizada ou que deixaram a resposta em branco.

O grupo G14 respondeu que a *"paciente já fazia uso de pessário"*. Nesse caso, foi relatado que a mulher chegou ao serviço já fazendo uso do pessário, e a mesma orientou a enfermeira quanto aos cuidados, a qual desconhecia o pessário. Essa troca de experiência marcou o momento durante a oficina, caracterizando dois marcos, o empoderamento da mulher que fazia uso do pessário, muito bem instruída sobre o uso do dispositivo, e a novidade para o enfermeiro que a atendia; assim como a confirmação de um exemplo concreto, fruto do relato de uma vivência profissional sobre a temática apresentada.

E, quando a pesquisadora questionou sobre porque tomaram essa conduta, os participantes disseram que a mesma foi realizada por:

"Por não ter conhecimento de outros recursos, não ter considerado no momento o encaminhamento ao médico." (G1)

"Se for necessário condutas e outros encaminhamentos, o profissional é habilitado." (G2)

"Conduta realizada mediante a solicitação de apoio médico". (G3)

"Estava dentro dos meus conhecimentos." (G4)

"Por desconhecimento aos cuidados de enfermagem nesta questão". (G5)

"GO pelos casos graves e fisio e exercícios para melhora da qualidade de vida." (G6)

"Para facilitar." (G8)

"Devido ao fluxo de competências profissionais." (G9)

"Porque é uma demanda e em muitos casos uma necessidade do paciente." (G10)

“Para que o problema da paciente seja resolvido (encaminhando para cirurgia).” (G12)

“Para avaliação e realizar os encaminhamentos necessários.” (G15)

E quatro grupos deixaram em branco.

Diante dos relatos, observa-se que não existe e/ou desconheciam uma linha de cuidados, um fluxograma de atendimento, voltados a essas mulheres; às vezes até por desconhecimento profissional, sendo encaminhada ao profissional médico, por acreditar que este seja habilitado para tal e saiba como conduzir o caso, como forma de resolver o problema.

Assim, fica clara a necessidade de obter conhecimento de enfermagem na APS nessa temática.

Ainda nessa linha de raciocínio, foi questionado se existem outros cuidados a serem a prestados a essas mulheres, escrevendo quais seriam. Seguem-se os relatos:

“Encaminhamento para médico, ginecologista, exames, fisioterapia.” (G1)

“Orientação de exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico, pompoarismo, hábitos urinários e intestinais, sessões de fisioterapia.” (G2)

“Orientações quanto a higiene e sinais de alerta.” (G3)

” Fisioterapia pélvica, pompoarismo.” (G4)

“Aconselhamento ao paciente para procura de tratamento especializado para melhora da qualidade de vida/sintomas.” (G5)

“Orientações gerais quanto a higiene e cuidados pessoais.” (G6)

“Exercícios pélvicos para fortalecer a musculatura.” (G8)

“Quando incontinência urinária, a orientação da realização da contração pélvica para fortalecimento muscular.” (G9)

“Fisioterapia, orientações sobre fortalecimento do assoalho pélvico, cuidados geral com higiene.” (G10)

“Exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica.” (G12)

“Encaminhamento para ginecologia e fisioterapia.” (G13)

“Orientação de exercícios e avaliação com fisioterapeuta.” (G14)

“Orientação dos exercícios de contração do assoalho pélvico.” (G15)

Os grupos 7 e 11 não responderam.

Observou-se que 10 grupos indicaram a realização de exercícios para fortalecimento da musculatura pélvica e/ou encaminhamento ao fisioterapeuta, sendo este um dos cuidados identificados, realizado para o POP. Dois grupos não responderam, e outros encaminharam ao médico/especialista e com orientação de higiene e cuidados pessoais (que não foram especificados).

Corroborando com a ideia de cuidado a ser realizado, um estudo randomizado, controlado, avaliou os resultados do treinamento dos músculos do assoalho pélvico em mulheres com POP, classificadas como em estádios I, II e III, e que tiveram redução significativa de um estádios do prolapso, quando comparadas ao Grupo Controle (BRAEKKEN et al., 2010).

Numa revisão da Cochrane publicada em 2011, concluiu-se que, atualmente, já há evidências de que o TMAP tem efeito positivo nos sintomas e na gravidade do prolapso; a realização de 6 meses de tratamento supervisionado por profissional mostrou benefícios em termos anatômicos e de melhoria dos sintomas (HAGEN; STARK, 2011).

Esses estudos mostram que a realização de exercício para o fortalecimento do AP traz benefícios a mulheres com POP, concordando com o cuidado apontado pelos profissionais.

Na sequência foram abordadas questões referentes aos Pessários Uroginecológicos, conforme descrito a seguir.

Ao serem perguntados sobre o entenderiam por pessário uroginecológico, oito grupos responderam que não conheciam ou não responderam. Os demais grupos apresentaram as seguintes respostas:

“Não sei. Mas pode ser um tipo de ‘peso’ para exercícios pélvico”; (G12)

“Dispositivo utilizado na forma de um diafragma colocado para evitar o prolapso”; (G3)

“Prótese (anelar)”; (G5)

“Um peso colocado na vagina para realizar exercícios de fortalecimento a musculatura pélvica”; (G6)

“‘Bolinhas de borracha’ para exercícios de fortalecimento pélvico”; (G7)

“Aparelho para fortalecimento do assoalho pélvico”; (G10)

“Material/prótese”. (G11)

Os profissionais que responderam faziam uma ideia equivocada do que seja um pessário, acreditando ser “algo” com que pudessem trabalhar o AP, fortalecendo-o.

Os pessários são dispositivos mecânicos que, se inseridos na vagina, reduzem o prolapso, dão suporte aos órgãos pélvicos vizinhos e aliviam a pressão na bexiga e intestino (BOVBJERG et al., 2009).

Corroborando ainda com essa definição, um dispositivo que é inserido na vagina para fornecer suporte estrutural a um ou mais compartimentos vaginais descendentes, isto é, útero, parede vaginal anterior (e bexiga), parede vaginal posterior (e reto) e/ou ápice vaginal (LAMERS; BROEKMAN; MILANI, 2011).

É uma opção terapêutica simples, eficaz e segura. No entanto, as pacientes necessitam de acompanhamento regular para evitar que surjam complicações, como, por exemplo, infecções, erosões. São ideais para pacientes que desejam evitar ou adiar a intervenção cirúrgica ou não tenham condições para serem submetidas a uma cirurgia (APONTE; ROSENBLUM; 2014).

Quanto ao profissional que pode colocar o pessário uroginecológico, sete deixaram em branco ou responderam que desconheciam ou que não sabiam, e o G6: “o profissional qualificado e capacitado para tal.” O G3 e G8: “ginecologista”; G5, G10, G12: urologista e/ou ginecologista/médico, fisioterapeuta. E somente os grupos 7 e 11 incluíram o profissional Enfermeiro em sua resposta:

“Enfermeiros, fisioterapeutas e médicos com especialização na área” (G11)

“Enfermeiros, médicos, fisioterapeutas” (G7).

O Parecer nº 04/2016 (COFEN, 2016) respalda a atuação do enfermeiro no tratamento conservador de incontinência urinária e outras disfunções do AP; e o mais novo Parecer Técnico do COREN-PR, nº 03/2019 (COREN/PR, 2019), respalda o profissional na realização da prescrição e inserção de pessário uroginecológico, bem como na identificação de alterações vaginais e cuidados associados.

Para qual seria o objetivo do uso do pessário uroginecológico, alguns responderam que seria para o fortalecimento do AP, seguindo a mesma linha de pensamento do que seria um pessário para eles. Os grupos - G6, G7, G10, G11, G12 responderam “fortalecimento da região pélvica/do assoalho pélvico/da musculatura pélvica/da parede pélvica.”

A fisioterapia pélvica é usada para avaliação, prevenção e/ou tratamento da disfunção do AP. A terapia visa reduzir os sintomas de POP e problemas relacionados, bem como melhorar a função do assoalho pélvico. A fisioterapia pélvica abrange muitas terapias especializadas que podem ser usadas para treinar o AP: atividade física, terapia cognitivo-comportamental, treinamento da bexiga, treinamento do hábito intestinal, treinamento muscular (resistência, força), treinamento de coordenação, *biofeedback* e estimulação elétrica muscular (BØ et al. 2017).

O G3 respondeu *“evitar o prolapso dos órgãos”*, e o G5: *“sustentação”*, e G14: *“sustentação do assoalho pélvico”*; e seis grupos responderam que desconheciam/não sabiam ou deixaram em branco; e somente o G8 respondeu *“manter o órgão no lugar.”*

Os pessários são usados para suportar fisicamente as paredes vaginais e os órgãos pélvicos que estão por trás deles; sendo inseridos na vagina com o objetivo de segurar os órgãos prolapsados dentro da vagina, apoiando as estruturas pélvicas, e aliviar a pressão sobre a bexiga e o intestino (SMITH et al., 2009). Ao serem usados para o manejo do POP, têm como objetivos impedir que o prolapso se torne pior; ajudar a diminuir a frequência ou gravidade dos sintomas do prolapso e evitar ou atrasar a necessidade de cirurgia (OLIVER; THAKAR; SULTAN; 2011).

Todos os grupos (G1 a G15) responderam que desconheciam/não sabiam ou deixaram em branco ao serem questionados se conheciam algum método para a escolha do tamanho do pessário. E, quanto à escolha do modelo de pessário ideal para cada caso, 12 grupos responderam que desconheciam/não sabiam ou deixaram em branco; e três grupos responderam:

“Através do diâmetro do colo uterino” (G5)

“Não sabemos ao certo, mas, imaginamos que através de uma avaliação inicial.” (G7)

“Depende do grau do prolapso.” (G8)

O grupo G5 apresentou a resposta mais próxima do correto para a escolha do tamanho; sendo a escolha do tamanho do pessário determinado pela avaliação da largura do canal vaginal (pelo diâmetro do fundo vaginal) (ROBERT; SCHULZ; HARVEY, 2013; PETERSON; HADDAD, 2015); ou até mesmo por tentativas, com tipos e tamanhos diferentes até que a mulher se adapte (PETERSON; HADDAD, 2015).

Os pessários estão disponíveis em vários tamanhos e formas, o tamanho varia entre 56-100 mm de diâmetro; para escolha do tamanho, deve-se realizar um toque vaginal com os dedos indicador e médio, separar um dedo do outro e, mentalmente, imaginar quantos centímetros há entre os dois dedos, para que, assim, se possa determinar o tamanho a ser utilizado. A sua colocação deve ser posicionada atrás da sínfise púbica e apoiar, posteriormente, no corpo perineal (CÂNDIDO et al., 2012).

A escolha do tipo de dispositivo pode ser afetada por alguns fatores, tais como: estado hormonal, atividade sexual, histerectomia prévia, estágio e local do POP. Na seleção, a mulher deve receber o maior tamanho que ela possa usar confortavelmente. Após inserção do pessário, a mulher deve fazer manobras para verificar a sua adaptação; o dispositivo deve ser removido à noite, higienizado e recolocado na manhã seguinte (BRUBAKER et al., 2010).

Referente às complicações decorrentes do uso do pessário, possível tratamento e prevenção, 14 grupos responderam que não sabiam/desconheciam ou deixaram em branco; e o G3 respondeu *“dor, infecção, trauma.”*

A literatura afirma que complicações são raras, e podem ocorrer sangramento, erosão/úlcera e dor; devendo-se verificar o tamanho do pessário e o uso de lubrificantes, que pode prevenir essas complicações (BRUBAKER et al., 2010). No caso de erosões, o uso do pessário pode ser descontinuado ou trocado por outro tipo ou tamanho; se optar em manter o uso do pessário, realizar acompanhamento até cicatrização da lesão (HANSON et al., 2006; SZÓBEL; DAVILA, 2012).

O corrimento e o odor vaginal são os sintomas mais frequentemente referidos pela mulher (ABDULAZIZ et al., 2015). Um estudo mostrou que o aumento da secreção vaginal referido por essas mulheres é decorrente de uma reação de corpo estranho devido à presença do dispositivo na vagina e não requer, portanto, tratamento específico (COELHO et al., 2017), sendo importante ressaltar a necessidade de um monitoramento periódico e higienização do dispositivo.

Há poucos relatos de complicações do uso de pessários em relação à frequência estimada de uso no mundo; e complicações de alto grau aparecem relacionadas à longevidade do uso de pessários e à falta de cuidados adequados de manutenção, e existem poucos relatos destas complicações, como encarceramento do dispositivo, fístulas vesicovaginais, fístulas retovaginais e transformações malignas (ABDULAZIZ et al., 2015)

Quanto aos cuidados de manutenção no domicílio para uma mulher em uso de pessário, quatro grupos responderam: *“higiene adequada/forma adequada; higiene íntima; higiene; acreditamos ser: cuidados com a higienização; seguir o tempo de uso recomendado”*. Onze grupos deixaram em branco ou responderam que desconheciam/não sabiam.

Os dispositivos devem ser retirados e higienizados com água e sabão neutro, de forma regular, pela mulher. E sendo ideal realizar a higienização diariamente, por exemplo, à noite, limpá-lo e reinserir pela manhã. (ATNIP; O'DELL, 2012; PETERSON; HADDAD, 2015); deve-se demonstrar a remoção e a limpeza a mulher e avaliar o dispositivo, verificando sinais de danos. Algumas mulheres podem relatar o aumento da secreção ou odor durante o uso do pessário, nestes casos, é sugerida a acidificação da vagina como forma de tratamento (ATNIP, 2009).

No que se refere à frequência de retorno da paciente para reavaliações (seguimento), um grupo (G4) respondeu *“Anualmente”*, e os demais grupos não sabiam, desconheciam ou deixaram em branco.

Nesse quesito, a literatura não traz um consenso do tempo de retorno da mulher ao profissional de saúde (OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011). Desta forma, o seguimento deve ser periódico para avaliação da adesão da mulher ao tratamento, a melhora dos sintomas, complicações; cada instituição deverá organizar o processo de trabalho conforme a necessidade da mulher.

Alguns autores trazem que, após a inserção, a mulher deverá ser reavaliada em até 72 horas (ATNIP; O'DELL, 2012), outros, de 2 a 4 semanas, aumentando progressivamente (ROBERT; SCHULZ; HARVEY, 2013).

No que tange à indicação de pessário uroginecológico a alguma paciente, praticamente todos os grupos responderam que não (G1 a G15), o grupo G9 não respondeu. Não havendo descrição da sua experiência (dificuldades, dúvidas, pontos positivos etc.), pois todos os grupos deixaram esta questão em branco.

A última questão foi relacionada às dúvidas que os participantes viessem a ter referentes ao tema de estudo, deixando-a(s) registrada(s); seguem-se os apontamentos realizados pelos grupos:

“Sim. O que são pessários? Além da gravidez o que mais leva ao prolapso? Existe a fisioterapia para tratamento?” (G1)

“Sim, sobre a conduta do enfermeiro frente a casos de prolapso pélvico, e sobre os pessários” (G2)

“Sim, sobre indicação e demais informações sobre o uso do pessário” (G3)

“Na graduação/especialização nunca ouvimos falar do tema” (G4)

“Sim. Pessário? Qual profissional coloca?” (G5)

“Sim, desconheço o pessário” (G6)

“Todas” (G7)

“Sim, o que é, para que server, cuidados” (G8)

“Sim, o que é pessário” (G9)

“Sim, muitas dúvidas. Será que o enfermeiro pode realizar esse tipo de intervenção” (G10)

“Sim. Finalidade. Indicação. Modo de uso. Manutenção” (G11)

“Não conhecemos essa metodologia e equipamento” (G12)

“Existe prevenção?” (G13)

“Todas” (G14)

“Todas sobre pessário” (G15)

Diante do exposto pelos participantes, pode-se concluir que, na primeira parte do questionário, relacionada ao POP, os profissionais demonstraram ter parcialmente algum tipo de conhecimento da temática; no que tange aos pessários uroginecológicos, unanimemente não houve conhecimento caracterizado. Ficando clara a necessidade de mais pesquisas nessa área, que visem conhecer melhor esse cenário; justificando a construção do Manual clínico voltado aos cuidados de enfermagem, para subsidiar a prática.

4.3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO MANUAL

No segundo momento da oficina, foi entregue uma cópia do protótipo do manual a cada participante e explicado que este seria um momento aberto para discussão, que eles poderiam dar sugestões, críticas, etc, visando melhorar a assistência a mulheres com POP. Reforçou-se a importância de apontamentos e contribuições para a avaliação do manual; que estas poderiam ser registradas diretamente no manual, uma vez que o mesmo seria recolhido no final da reunião.

A explanação foi guiada por *slides* contendo os mesmos títulos que estavam no manual, sobre: a definição do POP, sintomas, fatores de risco, classificação, tratamento conservador (treinamento dos músculos do assoalho pélvico e pessário uroginecológico) e seus respectivos passo a passos; avaliação da mulher e seu acompanhamento.

Foi realizado um compilado das informações pelo Manual (físico), no qual havia sido orientado aos profissionais escreverem suas contribuições (sugestões,

críticas e dúvidas) e pela discussão oral durante as oficinas no primeiro e segundo dias (D1 e D2).

4.3.1 Compilado Manual Impresso

Realizou-se a junção das informações registradas diretamente nos manuais, que foram recolhidos ao final das oficinas. Os manuais foram identificados com a letra M seguida de um número – M1 a M18.

Ao verificar os manuais recolhidos, em 18 exemplares havia algum registro, conforme descritos a seguir:

O M3 questiona como realizar o toque para avaliar, porém a resposta encontra-se na página 10 do manual. No M4 sugere-se incluir em indicações a redução de sintomas, contudo, já consta esse registro como objetivo para o uso do pessário – “Diminuir a frequência ou gravidade dos sintomas do prolapso” (pág.15); e inserir em contraindicações o déficit para o autocuidado e ausência de acompanhante disponível. No entanto, esta condição é inerente à pessoa, ao autocuidado, e não uma contraindicação relacionada à comorbidade.

O M5 refere que o “*quadro 2 está muito boa*”, e sugere explicar os fatores de risco com figuras (lado a lado), explicar Anel himenal (pág. 7); e apresenta sugestões de ampliar algumas figuras. Nesse quesito, as figuras/imagens eram meramente ilustrativas, tratava-se de um protótipo, e seria modificado. Sugere ainda que na página 10 tratamento conservador – “*neste tópico você cita o pessário várias vezes, mas ainda não explicou a leigos o que é isso. Você pode inserir uma breve descrição ou avisar que será explicado mais à frente. Subir escala de Oxford, logo após a descrição; e referente ao TMAP se pode ser resumida? Focar mais na prática (orientações)*”. Em contraindicações – há sugestões de levar os itens para complicações de uso; porém não são complicações de uso, e sim condições que podem ser apresentadas pelo paciente.

Foram escritas algumas sugestões, tais como, “*repetir o que está na página 24 (autocuidado) – limpeza do pessário no item remoção*”; “*Ter um local para capacitação da colocação do pessário no município – a prática*”; “*Inserir o Programa de exercícios para MP (pág. 13) em anexo, para poder ser impresso e entregue aos pacientes*” e “*Verificar se a questão da atrofia vaginal entra em contraindicações*”.

Em doze manuais havia os seguintes registros: *“Sem sugestões de alterações. Material compreensível e fácil de manusear. Guia prático. Muito bom o material. Fácil entendimento, didático. Conteúdo explicativo, claro, fácil leitura. Conteúdo novo. Sem alterações. Excelente. Ótimo como está. Não há necessidade de alterações. Ótimo material. Sem conhecimento para avaliar o conteúdo”*.

4.3.2 Compilado Oficinas

As oficinas foram audiogravadas durante a explanação do Manual, e houve muitos questionamentos, e incentivos questionando-os, voltados ao aprendizado, tais como: *“Já tiveram contato com um POP em sua prática”*, observando acenos com a cabeça ou expressões positivas; *“não tinha visto na graduação, quando vi trabalhando, parecia um pênis”* e *“vi no hospital, quando fui passar uma sonda, pedi ajuda”*. Relataram que, diante de uma situação de POP chamariam o Ginecologista, corroborando com as respostas do questionário, que encaminhariam ao profissional médico.

Acreditavam que a mulher não busca tratamento por *“não ter conhecimento...Vergonha”*.

Durante a explanação do treinamento da musculatura do assoalho pélvico, observaram-se vários comentários paralelos e espanto diante do percentual de efetividade do treinamento, e em comparação aos procedimentos cirúrgicos. Demonstraram interesse em saber o valor dos pessários e se as pacientes SUS comprariam para o uso.

Foram questionados quanto à experiência pessoal quanto ao TMAP, sensibilizando-os para a consciência do seu corpo, tornando a prática mais fácil, pelo treinamento pessoal. Relatou uma participante que deveria *“mentalizar a vagina e fazer contrações em 3 níveis, coordenação motora”*; *“a mulher se tocar e sentir a própria sensibilidade da vagina”*, *“pesinhos, pompoarismo”*. Atentar para este último relato, porque, apesar de terem origem similar ao treinamento, possuem outra finalidade.

As participantes demonstraram grande *“curiosidade” relacionada aos pessários*; *“mas como faz, vai ter treinamento?”*, *“eu hoje, antes de fazer esse treinamento não iria ter ideia do que fazer”*, *“Como é feita a escolha?”*, *“mulher com vaginose de repetição, é indicado?”* foram alguns dos questionamentos realizados.

Demonstraram dúvidas para a inserção – *“tem lado certo para inserir?”*, *“penso em caso de paciente idosa, mais obesa”*.

Também foi questionada a legalidade dessa técnica / desse cuidado realizado pelo enfermeiro na US. Diante da colocação, foi explicado o processo de solicitação de Parecer Técnico junto ao COREN-PR (em análise); porém não há nada que contraindique a ação de cuidados realizados pelo profissional. Outras ações relacionadas ao treinamento da musculatura do assoalho pélvico, de forma a tratar e prevenir disfunções miccionais, o Conselho Federal de Enfermagem, no Parecer 04/2016 (COFEN, 2016), nos respalda nesta prática.

No segundo dia de oficina (D2), ao serem questionados se tiveram contato com mulheres que tinham POP, houve alguns relatos de experiência, como: *“atendeu uma paciente com pessário. A paciente a orientou como retirar o dispositivo para coletar o exame preventivo”*; e duas participantes relataram ter atendido mulheres com POP e que encaminharam para GO.

Ao mesmo tempo, os participantes demonstraram curiosidade sobre a temática, fazendo vários questionamentos, principalmente relacionados ao tratamento – Se o pessário não é uma novidade/atual, por que não ouvimos falar sobre ele? O pessário é preventivo? O pop de grau III e IV não dói? O POP de grau IV obrigatoriamente é cirúrgico? O pessário pode ser colocado em qualquer idade? As pacientes são encaminhadas para fisioterapia? Está certo orientar o exercício de contração como se fosse fazer força para segurar o xixi? Tem que remover o pessário diariamente?

No decorrer da oficina observou-se que os participantes concordavam (com acenos de cabeça) que o POP-Q não é um instrumento muito usual e que o Baden-Walker é mais apropriado; ficaram em dúvida para classificar os graus de prolapso; ficaram surpresos ao saber que a mulher muitas vezes “recoloca” o órgãos na cavidade pélvica diversas vezes ao dia; e houve espanto ao saber a porcentagem de melhora conferida pelos exercícios para incontinência.

Ao final da oficina foi proposto, para o encerramento, que cada profissional falasse uma palavra que descrevesse o que aquele momento representou para ele.

O discurso dos profissionais de enfermagem em torno do que aquele momento significou para eles foi demonstrado pelas palavras: conhecimento, aprendizado, enriquecimento, gostei, não conhecia o pessário, experiência, surpreendente, maravilhoso, interessante, importante, novidade, aumenta a

FIGURA 5 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS PALAVRAS (D2)



FONTE: A autora (2019).

NOTA: Elaborado em: <https://www.wordclouds.com/>

A palavra “conhecimento” foi a mais citada, seguida de “aprendizado” e “*gratidão*”. Sendo a Gratidão definida como “*qualidade de quem é grato*”, “*Sentimento experimentado por uma pessoa em relação a alguém que lhe concedeu algum favor, um auxílio ou benefício, agradecimento, reconhecimento*”.

Assim, fica evidente o quanto esse momento significou para os profissionais, um momento de formação, onde adquiriram um novo conhecimento, e que eram gratos por isso, ficando evidenciado em suas palavras e agradecimentos.

Ao final da discussão foi colocado como sugestão, por uma participante, o repasse à SMS, para ampliação da capacitação e divulgação do tema, em vista da importância do tema; que deve haver um trabalho maior de conscientização e treinamento dos profissionais. Assim como a construção de grupos para exercícios do assoalho pélvico.

Houve vários elogios à apresentação, e demonstração de que não sabiam o tema, sendo um novo conhecimento para os profissionais. Relataram que o manual contempla a aplicação à realidade; porém, eles não tinham conhecimento suficiente para julgar o conteúdo.

A construção do Manual ocorreu previamente, com a revisão bibliográfica com base nas evidências científicas encontradas, e após a realização das oficinas foi implementado conforme sugestões e discussão apresentadas pelos profissionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de um manual clínico para os cuidados de enfermagem a mulheres com POP na APS foi sugerida como tema para esta pesquisa, diante da necessidade observada de trabalhar essa temática, aproximar os profissionais Enfermeiros a essa realidade e às mulheres nesta condição, e conseqüentemente buscar melhorias para o cuidado de enfermagem. Existe pouca investigação no Brasil dessa patologia e deveriam existir estudos epidemiológicos sobre a nossa população de forma a adaptar a abordagem e o tratamento à mesma. Este estudo proporcionou compreender as relações dos cuidados de enfermagem à mulher com POP.

Os objetivos do estudo foram alcançados durante o desenvolvimento das oficinas, proporcionando um melhor entendimento em relação à inserção dos profissionais no contexto dos cuidados de enfermagem à mulher com POP.

Os resultados deste estudo demonstraram a sensibilidade dos profissionais frente ao atendimento a estas mulheres, evidenciando por meio das falas que se trata de um momento complexo. As falas mostraram que os profissionais ainda tinham dificuldade em assumir a sua autonomia e protagonismo, dificultando o processo de tomada de decisão, demonstrando preocupação dos profissionais neste contexto.

Neste estudo também foram identificados fatores dificultadores no processo de trabalho, que prejudicam o desenvolvimento dos cuidados, como o sistema de saúde não ter os dispositivos disponíveis para inserção, a falta de entendimento do que compete à equipe multiprofissional, assim como a inexistência de um protocolo institucional. Neste contexto, por meio das falas dos participantes ficou evidente a falta de sistematização dos cuidados de enfermagem e do conhecimento referente à atenção a mulheres com POP.

O presente estudo contribuiu significativamente na construção e desenvolvimento do conhecimento, o que me proporcionou grande satisfação pessoal e profissional, que só se tornou possível por meio do Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, e pela participação dos profissionais Enfermeiros inseridos na APS que oportunizaram o crescimento individual e profissional.

O estudo trouxe um potencial para o desenvolvimento de pesquisa, ensino, assistência, voltado à dimensão assistencial de enfermagem, com foco em mulheres acometidas pelo POP, pois é por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem que são constatadas as necessidades de saúde específicas do paciente, delimitando os diagnósticos, planejando e implementando as ações de enfermagem específicas de modo a propiciar o melhor resultado durante a oferta do cuidado, e a prevenção, embasadas em práticas baseadas em evidências científicas.

Dessa forma, realizou-se a construção de um manual clínico, vindo ao encontro da necessidade da mulher, e que possa subsidiar a assistência, a tomada de decisão clínica, proporcionando um aprimoramento da assistência a mulheres com POP. Buscou-se ainda sensibilizar os enfermeiros para a discussão e planejamento da sistematização dos cuidados de enfermagem a pacientes acometidas pelo POP, num diálogo aberto, mostrando a importância de cuidar destas mulheres na atenção primária, aprimorando a assistência, e evitando sobrecarga em outros níveis de atenção à saúde, de forma rápida e eficiente.

Os resultados deste estudo evidenciaram que os Enfermeiros que participaram das oficinas passaram por uma experiência nova que lhes permitiu atentar para cada detalhe e conhecer melhor esta patologia.

Esta pesquisa alcançou os objetivos específicos, sensibilizando os Enfermeiros para o atendimento e cuidados a mulheres com POP, quantificando o atendimento a mulheres com POP na rede pública e caracterizando os conhecimentos dos profissionais, Assim, apresenta como objetivo geral alcançado desta pesquisa, e como produto desta dissertação, o “Manual Clínico de Cuidados de Enfermagem a Mulheres com Prolapso de Órgãos Pélvicos”, indo ao encontro dos pressupostos do Programa de Mestrado Profissional, que visam intervenções que colaborem para que melhorias na prática assistencial sejam alcançadas.

REFERÊNCIAS

ABDOOL, Z.; SWART, P.S. Symptomatic pelvic organ prolapse: Experience at a tertiary. **Urogynaecology clinic.**, Cape Town /RSA, v.22, n.1, p.:18, 2016. Disponível em: <<http://www.sajog.org.za/index.php/SAJOG/article/view/1038>>. Acesso em: 15.ago.2018.

ABDULAZIZ, M. et al. A. An integrative review and severity classification of complications related to pessary use in the treatment of female pelvic organ prolapse. **Can Urol Assoc J.** [online], v.9, n.5-6, p.:E400-6, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4479661/>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

ABRAMS, P. et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. **Neurourol Urodyn.**, New York/USA, v.29, n.1, p.: 213-40, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20025020>>. Acesso em: 07 ago. 2018.

ABRAMS, P. et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. Report from the standardization subcommittee of the Internacional Continence Society. **Urology**, v.61, n.1, p.37-49, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12559262>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

AFONSO, M. L. M.; et al. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

ALMEIDA, M.B.A. et al. Disfunções de assoalho pélvico em atletas. **FEMINA**, São Paulo, v.39, n.8, p.:395-402, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n8/a2695.pdf>. Acesso em: 12 jun.2019.

APONTE, M.; ROSENBLUM, N. Repair of Pelvic Organ Prolapse: What is the Goal?. **Curr Urol Rep.**, Philadelphia/USA, v.15, n.4, p.:385, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24385000>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

APRENDIZADO. In.: TREVISAN, R. (Coord.). **Michaellis: dicionário brasileiro de língua portuguesa.** Curitiba: Ed. Melhoramentos, 2015.

ARIAS, B.E.; RIDGEWAY, B.; BARBER, M.D. Complications of neglected vaginal pessaries: case presentation and literature review. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, London/ UK, v.19, n.8, p.:1173-8, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18301852>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

ATNIP, S.D. Pessary use and management for pelvic organ prolapse. **Obstet Gynecol Clin North Am.**, Philadelphia/ USA, v.36, n.3, p.: 541-63, 2009. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19932415>>. Acesso em: 12 set. 2019.

ATNIP, S.; O'DELL, K. Vaginal support pessaries: Indications for use and fitting strategies. **Urol Nurs.**, Portland/ USA, v.32, n.3, p.:114-24, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22860390>>. Acesso em: 20 set. 2019.

BADEN, W. F.; WALKER, T. A. Genesis of the vaginal profile: a correlated classification of vaginal relaxation. **Clin Obstet Gynecol**, Hagerstown/ USA, 15:1048-54, 1972. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4649139>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

BARBER, M.D. Symptoms and outcome measures of pelvic organ prolapse. **Clin Obstet Gynecol.**, Hagerstown/ USA, v.48, n.3, p.:648-61, 2005

BARBER, M.D. Pelvic organ prolapse. **BMJ**, London / UK, 354:i3853, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27439423>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

BARBER, M. D.; MAHER, C. Epidemiology and outcome Assessment of pelvic organ prolapse. **Int Urogynecol J**, London / UK, v.24, n.11, p.:1783-1790, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24142054>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BARACAT, E.C.; LIMA, G.R. **Ginecologia**. Barueri: Editora Manole Ltda; 2005. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP-Escola Paulista de Medicina.

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

BEZERRA, L. R. P. S. et al. Comparação entre as Terminologias Padronizadas por Baden e Walker e pela ICS para o Prolapso Pélvico Feminino. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p.441-447, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000600004>. Acesso em: 17 maio 2017.

BIDMEAD, J.; CARDOZO, L. D. Pelvic floor changes in the older woman. **Br J Urol.**, London / UK, v.82, n.Suppl 1, p.:18-25, 1998 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9883258>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BØ, K. et al. Dynamic MRI of the pelvic floor muscles in an upright sitting position. **Neurourol Urodyn**, New York / USA, v.20, n.2, p.:167-174, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11170191>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

BØ, K. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) Joint report on the terminology for the conservative management of female pelvic floor dysfunction. **Neurourol Urodyn**, New York / USA, v.36, n.2, p.:221-244, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27918122>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BODNER-ADLER, B.; SHRIVASTAVA, C. BODNER, K. Risk factors for uterine prolapse in Nepal. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, London / UK, v.18, n.11, p.:1343-6, 2007. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00192-007-0331-y.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

BOVBJERG, V. et al. Patient centered treatment goals for pelvic floor disorders: association with quality-of-life and patient satisfaction. **Am J Obstet Gynecol**. [online], v.200, n.5, p.:568.e1-6, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19236871>. Acesso em: 15 jun.2019.

BRAEKKEN, I.H. et al. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. **Am J Obstetr Gynecol**, New York / USA, v.203, n. 2, p.:170e1-7, 2010a. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937810002504>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

BRAEKKEN I.H.; et al. Morphological changes after pelvic floor muscle training measured by 3-dimensional ultrasonography: a randomized controlled trial. **Obstet Gynecol.**, New York/USA, v. 115, n.2 Pt 1, p.:317-24, 2010b. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20093905>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.363, 25 jun. 1986. Seção 1, p.9273.

BRASIL. Decreto n.º 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.407, 09 jun. 1987. Seção 1, p.8853.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 22 ago. 2011b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispões sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF; 12 dez. 2012.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>

Acesso em: 20 ago. 2018.

BRUBAKER, L. et al. Surgery for Pelvic Organ Prolapse. **Female Pelvic Med Reconstr Surg.**, Hagerstown/ USA, v.16, n.1, p.:9-19, 2010.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22453085>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BUGGE, C.; et al. Pessaries (mechanical devices) for pelvic organ prolapse in women. **Cochrane Database Syst Rev.**, Oxford/ UK, 2013, n.2., art. n.º.: CD004010, 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD004010.pub3. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23450548>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

BUMP, R. C. et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. **Am J Obstet Gynecol.**, New York / USA, v.175, n.1, p.:10-7, 1996. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8694033>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

CÂNDIDO, E. B. et al. Conduta nos prolapso genitais. **FEMINA**, São Paulo, v.40, n.2, p.97-104, 2012. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v40n2_97-104.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2017.

CANHOTA, C. Qual a importância do estudo piloto? In: SILVA, E. E. (Org.). **Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica**. Lisboa: APMCG, 2008. p. 69-72. Disponível em: <<http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2017/01/Investigacao-Passo-a-Passo.pdf>> Acesso em: 18 jun. 2018.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013.

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3836.pdf>>.

Acesso em: 30 maio 2018.

CHEN, L.; et al. Interaction among apical support, levator ani impairment, and anterior vaginal wall prolapse. **Obstet Gynecol**, New York/ USA, v.108, n.2, p.:324–32, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797308/>.

Acesso em: 15 dez. 2019.

COELHO, S.C.A.; DE CASTRO, E.B.; JULIATO, C.R. Female pelvic organ prolapse using pessaries: systematic review. **Int Urogynecol J**, London/UK, v.27, n.12, p.1797-1803, 2016. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26992725>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

COELHO, S.C.A et al. Can the Pessary Use Modify the Vaginal Microbiological Flora? A Cross-sectional Study. **Rev Bras Ginecol Obstet**. [online], v.39, n.4, p.:169-174, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032017000400169>. Acesso em: 13 jun. 2019

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 564, de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, n.233, Brasília, DF, 06 dez 2017. Seção 1, P. 157. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.htm> Acesso em: 01 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Cofen). **Parecer Técnico 04/2016**. Atuação do enfermeiro no tratamento conservador de incontinência urinária e outras disfunções do assoalho pélvico. Brasília, DF: Cofen, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ (Coren/PR). **Parecer Técnico n. 2019/003** - Prescrição e inserção de pessários uroginecológicos utilizados para o tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos e incontinência urinária. Curitiba, PR: Coren/PR, 2019.

CORTON, M.M. Anatomy of pelvic floor dysfunction. **Obstet Gynecol Clin North Am**. Philadelphia/USA, 36, n.3, p.:401–19, 2009. Disponível em: : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19932407>>. Acesso em: 15 AGO. 2018.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3.ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Histórico da Secretaria**. [Internet]. [2017?]. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/historico-da-secretaria.html>> Acesso em: 06 dez. 2017.

DeLANCEY, J. O. et al. The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. **Obstet Gynecol**, New York / USA, v.101, n.1, p.:46–53, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12517644>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

DUMOULIN, C.; HAY-SMITH, E.J.C.; HABÉE-SÉGUIN, G.M. Pelvic floor muscle treatment versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. **Cochrane Database Syst Rev**, Oxford/ UK, v.1, art. nº.: CD005654, 2010). Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005654.pub3/full>>. Acesso em: 07 ago. 2018.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2007.

FARIA, C. A. et al. Impacto do tipo de incontinência urinária sobre a qualidade de vida de usuárias do Sistema Único de Saúde no Sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**[online], v.37, n.8, p.374-380, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032015000800374&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 18 maio 2017.

FIGUEIREDO, E. M.; CRUZ, M. C. Avaliação funcional do assoalho pélvico feminino. In.: BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 5.ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap.28.

GOODMAN, C. et al. Activity promotion for community-dwelling older people: a survey of the contribution of primary care nurses. **Br J Community Nurs.**, London / UK, v.16, n.1, p. 12-17, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21278643>>. Acesso em: 05 set. 2019.

HAGEN, S.; STARK, D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*, Oxford / UK, v.12, art. n.º:CD003882, 2011 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22161382>. Acesso em: 15 jun. 2019.

HANSON L.A. et al. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, London/UK, v.17, n.2, p.:155, 2006. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-005-1362-x>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

HAYLEN, B. T. et al. Floor Dysfunction. Standardisation and Terminology Committees IUGA and ICS, Joint IUGA / ICS Working Group on Female Terminology. **Neurourol Urodyn**. New York / USA, v.29, n.1, p.:4-20, 2010b. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19941278>>. Acesso em: 27 maio 2017.

HAYLEN, B.T. et. al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). **Int Urogynecol J.**, London/UK., v.27, n.4, p.: 655-84, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26984443>. Acesso em: 08 jun.2019

HEIT, M. Predicting treatment choice for patients with pelvic organ prolapse. **Obstet Gynecol**, New York/ USA, v.101, n.6, p.:1279-84, 2003. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12798537>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

HORST, W.; SILVA, J. C. Prolapsos de órgãos pélvicos: revisando a literatura. **Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v.45, n.2, p.91-101, 2016. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/79/75>>. Acesso em: 17 maio 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período 1980-2050** – Revisão 2004: metodologias e resultados. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2004. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=298581>>. Acesso: 05 jun. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade 1980-2050** - Revisão 2008: metodologias e resultados. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2012. Disponível em: <Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4475.pdf>>. Acesso: 05 jun. 2018.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Projeção Populacional**. [Internet] .2018. Disponível em: <<http://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Projecao-Populacional-0>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

JELOVSEK, J. E.; BARBER, M. D. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. **Am J Obstet Gynecol**, New York/USA, v.194, n.5, p.:1455-61, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16647928>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

JELOVSEK, J.E.; MAHER, C.; BARBER, M.D. Pelvic organ prolapse. **Lancet**., London/UK, v.369, n.9566, p.:1027–38, 2007. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607604620?via%3Dihub>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

KAVEN, B. et al. Pelvic organ prolapse surgery. ABRAMS, P. et al (Edit). **Incontinence**. 5.ed. Paris/FRA: ICUD-EAU, 2013. Cap.15, p.1377-1442.

LAMERS, B.H.; BROEKMAN, B.M.; MILANI, A.L. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. **Int Urogynecol J**, London/ UK, v.22, n.6, p.: 637-44. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21472447>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

LARANJEIRA, C.L.S.; LIMA, R.S.B.C.; GÉO, M.S. Prolapsos genitais. In: ASSOCIAÇÃO DE GINECOLOGISTA E OBSTETRAS DE MINAS GERAIS (SOGIMIG). **Manual de Ginecologia e Obstetrícia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2012. p. 423-37.

LIMA, M.I.M. et al. Prolapso genital. **FEMINA**, São Paulo, v.40, n.2, p.69-77, 2012. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v40n2_69-77.pdf. Acesso em: 17 maio 2017.

LOWDER, J. et al. Body image perceptions in women with pelvic organ prolapse: a qualitative study. **Am J Obstet Gynecol** [Internet],v. 204, n.5, p.:441e1-5, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21292234>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MANUAL. In.: FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2014.

MEDICAL SOFTWARE PESSÁRIOS. **Pessários Vaginais**. [Internet]. ©2016. Disponível em: <<http://www.pessarios.com.br/pessarios-vaginais>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

MILLER, J.M. Criteria for therapeutic use of pelvic floor muscle training in women. **J Wound Ostomy Continence Nurs.**, St. Louis / USA, v.29, n.6, p.:310-311, 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12439454>>. Acesso em: 02 set. 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 16.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, K.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]., v.42, n.4, pp.:643-648, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a04.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

NUNES, M.B.M. **Primary Nursing como modelo para o cuidado de enfermagem no Serviço de Transplante de Medula Óssea**. 137f. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2017.

NYGAARD, I. et al. Prevalence of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in US Women. **JAMA**, Chicago/ USA, v.300, n.11, p.: 1311-1316, 2008. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182572>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

OLIVER, R.; THAKAR, R.; SULTAN, A. H. The history and usage of the vaginal pessary: a review. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, Amsterdam / IRL, v.156, n.2, p.:125-30, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21255901>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 5.ed. – Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2013.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v.66, n.esp., p.:158-64, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

OLSEN, A. et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. **Obstet Gynecol.**, New York/ USA, v.89, n.4, p.501- 506, 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9083302>. Acesso em: 10 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **A Atenção à Saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS - contribuições para o debate. Brasília, DF: OPAS, 2011. (Série Navegador SUS, n.2).

OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v.14, suppl.1, p.:S25-S32, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

PEDREIRA, M.L.G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paul. Enferm**, Ribeirão Preto, v.22, n. spe 70 anos, p.:880-881, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/07.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

PELVIC FLOOR DISORDERS NETWORK (PFDN). **What Are Pelvic Floor Disorders?** [Internet]. 2018. Disponível em: <<https://pfdnetwork.azurewebsites.net/About/PelvicFloorDisorders.aspx>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

PERSU, C.; et al. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP–Q) – a new era in pelvic prolapse staging. **J Med Life.**, Bucharest/ROM, v.4, n.1, p.:75-81, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056425/#R3>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

PETERSON, T.; HADDAD, J.M. Terapêutica Clínica. IN.: GIRÃO, M.J.B.C. et al. (coord.). **Tratado de uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico**. Barueri, SP: Manole; 2015. (Cap. 34, p. 513-522).

PIMENTA, C.A.M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: Coren/SP, 2015. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf> Acesso em: 02 dez. 2017.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1995.

POLIT D. F; BECK C, T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2004.

POLIT D. F; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2011.

PRICE, N.; DAWOOD, R.; JACKSON, S. R. Pelvic floor exercise for urinary incontinence: a systematic literature review. **Maturitas**, Amsterdam / IRL, v.67, n.4, p.:309-15, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20828949>>. Acesso em: 07 ago. 2018.

RESENDE, A. P. et al. Prolapso genital e reabilitação do assoalho pélvico. **FEMINA**, São Paulo, 2010, v.38, n.2, p:101-4, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n2/a003.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2018.

RICHTER, H. E.; VARNER, R. E. Prolapso de Órgãos Pélvicos. In.: BEREK, J.S. **Berek & Novak**: Tratado de Ginecologia. Tradução: Claudia L. C. de Araújo; Tatiane da C. Duarte. 14.Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008. p.663-688. Título original: Berek & Novak's Gynecology.

ROBERT, M.; SCHULZ, J.A.; HARVEY, M.A. Technical Update on Pessary Use. **J Obstet Gynaecol Can**, Amsterdam/ UK, v.35, n.7, p.664-674, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23876646>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

RODRIGUES, A. M. et al. Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], v.31, n.1, p.17-21, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n1/v31n1a04.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2017.

SANTOS, J. **Assistência à saúde da mulher no Brasil**: aspectos de uma luta social. In.: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, II, 2005, São Luís, MA. **Anais...** São Luís, MA: [s.n.], 2005. p.1-6.

SANTOS, S.S.C. et al. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 66, n.5, p.789-793, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500021>. Acesso em: 01 jun. 2018.

SILVA FILHO et al. Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária. **Fisioter Pesq.**, São Paulo, v.20, n.1, p.:90-96, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v20n1/15.pdf>>. Acesso em: 07 ago.2018.

SMITH, J.H. et al. Adult Conservative Management. IN.: INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY (ICS). **Fourth International Consultation on Incontinence**. Plymouth, UK: Health Publication Ltd, 2009. Disponível em: <https://www.ics.org/Publications/ICI_4/files-book/comite-12.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019. p. 1025-1120.

SZÓBEL, D.C.; DAVILA, G.W. Diagnóstico e tratamento do prolapso genital associado. In: AMARO, J.L. et al. **Reabilitação do Assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais**. São Paulo: Segmento Farma, 2012. p.69-80.

UUSTAL FORNELL, E.; WINGREN, G.; KJØLHEDE, P. Factors associated with pelvic floor dysfunction with emphasis on urinary and fecal incontinence and genital prolapse: an epidemiological study. **Acta Obstet Gynecol Scand**, Malden/USA, v.83, n.4, p.:383–9, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15005787>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

VARELA, G.C.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem na estratégia saúde da família: limites e possibilidades. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v.13, n.4, p.:816-24, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4039/3169>>. Acesso em: 16 maio 2018.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Dra. Marilene Loewen Wall, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e Lindalva Rodrigues da Silva, enfermeira e mestranda em Enfermagem, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional Enfermeiro que realiza a assistência direta e indireta a paciente na atenção básica de saúde, do Distrito Sanitário Pinheirinho da Secretaria Municipal de Saúde, a participar de um estudo intitulado: "Manual clínico para orientação ao cuidado de enfermagem à mulheres com Prolapso de Órgãos Pélvicos".

O objetivo desta pesquisa é Construir um manual clínico para orientação ao cuidado de enfermagem à mulheres com Prolapso de Órgãos Pélvicos.

Caso você participe da pesquisa, será necessário responder um questionário ao início da pesquisa e posteriormente ocorrerá oficinas, as quais serão audiogravadas e utilizadas somente para esta pesquisa e também serão feitas algumas anotações sobre o que for conversado. As oficinas acontecerão em datas pré-definidas, com liberação prévia da chefia e nas instalações da própria instituição. Estima-se que as oficinas terão duração de 4(quatro) horas.

É possível que você experimente algum desconforto e/ou constrangimento ao participar das oficinas devido à exposição do participante nas dinâmicas e atividades propostas, podendo causar algum sentimento de mal estar. Caso isso ocorra, você poderá optar por interromper ou mesmo não continuar a pesquisa, sendo necessário somente manifestar sua desistência, sem que isso lhe cause qualquer dano.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a compreensão por parte dos profissionais da necessidade da assistência realizada a mulheres com Prolapso de Órgãos Pélvicos; desencadear reflexões dos profissionais da saúde para a discussão e planejamento da sistematização do cuidado de enfermagem.

As pesquisadoras Prof.^a Dr.^a Marilene Loewen Wall, telefone (41) 9615-7260 e 3082-8077, e a Enfermeira Mestranda Lindalva Rodrigues da Silva, telefone (41) 99612-0502, responsáveis por este estudo poderão ser contatadas de segunda a sexta, das 8h às 17h ou pelos e-mails wall@ufpr.br ou lindalva.silva@ufpr.br, localizadas no Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, na Av. Lothário Meissner, nº 632 – Bloco Didático II – Jardim Botânico, para esclarecer eventuais dúvidas.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/UPFR pelo Telefone 3360-7259. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal :
 Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE :
 Orientador:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
 Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240
 | cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
 Parecer CEP/SD-PB nº 26.000/2017
 na data de 16/04/2017

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. A sua recusa não implicará em nenhum dano.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como médico, equipe de enfermagem, autoridades sanitárias, supervisora. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

O material obtido como questionário e gravação das oficinas respeitará completamente o anonimato da sua identidade. Tão logo transcritas as oficinas e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação no estudo.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

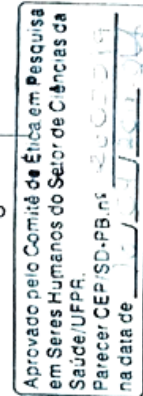
(Nome e Assinatura do participante da pesquisa)

Curitiba, ___ de _____ 201__

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Lindalva Rodrigues da Silva

Prof.ª Dr.ª Marilene Loewen Wall



APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO - AVALIAÇÃO NÍVEL DE CONHECIMENTO PROFISSIONAL

TÍTULO DA PESQUISA: “Manual clínico para orientação ao cuidado de enfermagem a mulheres com Prolapso de Órgãos Pélvicos”

PARTE I - Características Gerais

1) Iniciais: _____

2) Sexo: () Masculino () Feminino

3) Idade: _____

4) Tempo que exerce a profissão de enfermeiro, em anos: _____

5) Qualificação profissional:

() Pós graduação lato sensu (Especialização)

() Pós graduação stricto sensu (Mestrado, Doutorado)

Qual(is) o(s) curso(s) realizado(s)? _____

6) Área de atuação atual: () Assistência () Administrativa/técnico (chefia, coordenador, apoio, supervisor)

PARTE II – COLETA DE DADOS ESPECÍFICOS

Responda as questões de 7 a 11 referente a Prolapso de Órgãos Pélvicos

7) O que você entende como prolapso de órgãos pélvicos, também nominado distopia, prolapso genital?

8) Na sua opinião quais são os impactos que o prolapso de órgãos pélvicos pode ocasionar na vida de uma mulher?

9) Você já atendeu alguma mulher que tenha apresentado prolapso de órgãos pélvicos?

() Não

() Sim

10) Se você já atendeu, foi adotada alguma conduta específica? Qual foi a conduta realizada?

Por que você decidiu por esta conduta?

11) Além da conduta que você adotou, existem outros cuidados a serem a prestado a estes pacientes? Quais?

Responda as questões de 12 a 20 referente a Pessários Uroginecológicos

12) O que você entende por pessário uroginecológico?

13) Qual o profissional que pode colocar o pessário uroginecológico?

14) Qual o objetivo do uso do pessário uroginecológico na sua opinião?

15) Você conhece algum método para escolher o tamanho do pessário ideal?

16) Como escolher o modelo de pessário ideal para cada caso?

17) Há complicações decorrentes do uso do pessário? Se sim qual (is)? Como tratar? Como prevenir?

18) Quais são os cuidados de manutenção no domicílio para uma mulher em uso de pessário?

19) Qual é a frequência de retorno da paciente para reavaliações (segmento)?

20) Você já indicou o pessário uroginecológico a alguma paciente?

() Não

() Sim

Se sim descreva sua experiência (dificuldades, dúvidas, pontos positivos, etc.):

21) Você tem dúvidas referente ao tema de estudo? Anote aqui:

APÊNDICE C – MANUAL CLÍNICO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS



1ª Edição

CURITIBA / PR
2019

Autores:

Enf.^a Mestre Lindalva Rodrigues da Silva
Prof.^a Dr.^a Marilene Loewen Wall

Projeto Gráfico:

Agência e Produtora Setframe Video Comunicação

Este Manual é produto da Dissertação que foi desenvolvida durante o Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná – UFPR, para profissionais enfermeiros.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte. Não é permitida a sua comercialização.

S586 Silva, Lindalva Rodrigues da.
Manual clínico de cuidados de enfermagem a mulheres com prolapso de órgãos pélvicos / Lindalva Rodrigues da Silva, Marilene Loewen Wall. – 1. ed. – Curitiba: as autoras, 2019.

p.: il., color. ; cm

1. Cuidados de enfermagem. 2. Pessários. 3. Prolapso de órgão pélvico. I. Wall, Marilene Loewen. III. Título.

CDD 610.73



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Assoalho pélvico sem prolapso de órgãos pélvicos, vista inferior.....	8
Figura 2 - Anatomia normal.....	8
Figura 3 - Tipos de prolapso de órgãos pélvicos.....	9
Figura 4 - Estadiamento do prolapso de órgão pélvico.....	12
Figura 5 - Pontos de referência para exame do POP-Q.....	13
Figura 6 - Prolapso uterino e estadiamento - 0, I, II, III, IV.....	14
Figura 7 - Identificação dos músculos pélvicos.....	19
Figura 8 - Posicionamento para realização dos exercícios.....	19
Figura 9 – Contração muscular.....	20
Figura 10 - Demonstração da medida digital da vagina para escolha do pessário.....	22
Figura 11 - Colpômetro de Ranie.....	22
Figura 12 - Posição para inserção do pessário.....	23
Figura 13 - Visualização do introito vaginal.....	23
Figura 14 - Ajuste do pessário.....	23
Figura 15 - Aplicação de lubrificante.....	24
Figura 16 - Inserção do pessário.....	24
Figura 17 - Movimentação e ajuste do pessário no fundo vaginal.....	24
Figura 18 – Remoção do pessário.....	25
Figura 19 - Inserção, Rotação e Remoção do pessário.....	25
Figura 20 - Limpeza do pessário.....	30



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fatores de risco estabelecidos e potenciais para o prolapso de órgão pélvico.....	10
Quadro 2 - Síntese dos sintomas em mulheres com prolapso de órgão pélvicos.....	11
Quadro 3 - Descrição da classificação de Baden-Walker.....	12
Quadro 4 - Diagrama de registro dos pontos de medidas usados no POP-Q.....	13
Quadro 5 - Estágios usados no POP-Q.....	14
Quadro 6 - Esquema PERFECT.....	16
Quadro 7 - Treinamento gradativo de força: programa de exercícios para musculatura pélvica.....	18
Quadro 8 - Vantagens, desvantagens e indicações de alguns pessários.....	21



LISTA DE SIGLAS

AP	-	Assoalho pélvico
AUGS	-	<i>American Urogynecologic Society</i> / Sociedade Americana de Uroginecologia
Cofen	-	Conselho Federal de Enfermagem
Coren/PR	-	Conselho Regional de Enfermagem do Paraná
DAP	-	Disfunção do assoalho pélvico
EBSERH	-	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HC	-	Hospital de Clínicas
ICS	-	<i>International Continence Society</i> / Sociedade Internacional de Continência
IU	-	Incontinência urinária
IUGA	-	<i>International Urogynecological Association</i> / Associação Internacional de Uroginecologia
MAP	-	Músculo do Assoalho Pélvico
NEPECHE	-	Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem
PFDN	-	<i>Pelvic Floor Disorders Network</i> / Rede de Distúrbios do Assoalho Pélvico
POP	-	Prolapso de órgão pélvico
POP-Q	-	<i>Pelvic Organ Prolapse Quantification System</i> / Sistema de Quantificação do Prolapso de Órgão Pélvico
PUCPR	-	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
TMAP	-	Treinamento muscular do assoalho pélvico
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

	SOBRE OS AUTORES.....	6
	APRESENTAÇÃO.....	7
1	DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO.....	8
1.2	PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS.....	9
1.2.1	<i>Fatores de risco.....</i>	9
1.2.2	<i>Sintomas.....</i>	10
1.2.3	Classificação dos prolapso de órgãos pélvicos.....	11
1.2.3.1	<i>Sistema Baden e Walker.....</i>	11
1.2.4	Sistema de quantificação do prolapso de órgão pélvico (POP-Q).....	12
1.2.5	Tratamento Conservador.....	14
1.2.6	Avaliação dos músculos do assoalho pélvico.....	15
1.2.6.1	<i>Treinamento dos músculos do assoalho pélvico.....</i>	16
1.2.6.2	<i>Como fazer exercícios – passo a passo.....</i>	19
1.2.6.3	Pessário Uroginecológico.....	20
1.2.6.3.1	<i>Escolha do pessário.....</i>	22
1.2.6.3.2	<i>Inserção do pessário – passo a passo.....</i>	23
1.2.6.3.3	<i>Acompanhamento.....</i>	26
1.2.6.3.4	<i>Avaliação nas consultas de retorno.....</i>	26
1.2.6.3.5	<i>Complicações de uso.....</i>	27
1.2.6.3.6	<i>Gerenciamento do problema.....</i>	27
1.2.6.3.7	<i>Orientações gerais.....</i>	28
1.2.6.3.8	<i>Cuidado de si.....</i>	30
1.2.6.3.9	<i>Atenção.....</i>	30
	REFERÊNCIAS.....	31

Sobre os Autores:



Lindalva Rodrigues da Silva
Marilene Loewen Wall



Lindalva Rodrigues da Silva

Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR (2007), Estomaterapia pela PUCPR (2011). Especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, e especialização em Saúde Coletiva. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional – da Universidade Federal do Paraná (2017 - 2019). Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem – NEPECHE. Enfermeira do Serviço de Vigilância em Saúde no Município de Curitiba/PR.

Marilene Loewen Wall

Possui graduação e licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (1991), Especialização em Enfermagem Obstétrica (1995), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2008). É professora da Universidade Federal do Paraná (UFPR), desde 1993, tanto na Graduação quanto na Pós-Graduação (mestrado e doutorado) e no Mestrado Profissional em Enfermagem. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Obstétrica, atuando principalmente nos seguintes temas: modelos de cuidado de enfermagem, processos de cuidar em saúde e enfermagem, políticas e práticas de saúde, educação e enfermagem, saúde da mulher. Membro do grupo de pesquisa NEPECHE/UFPR. Atuou como Diretora de Enfermagem do HC-UFPR de 2011 a 2015 e como chefe da Divisão de Enfermagem do Complexo Hospitalar Hospital de Clínicas /Universidade Federal do Paraná / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC/UFPR/EBSERH) até 31 de janeiro de 2017.

APRESENTAÇÃO



Este manual é produto de Dissertação do Mestrado Profissional em Enfermagem, pela Universidade Federal do Paraná.



O objetivo do manual clínico é orientar a respeito da consulta de enfermagem a mulheres com prolapso de órgãos pélvicos (POP), visando sensibilizar, informar e instrumentalizar os enfermeiros para esta prática.



Buscou-se desenvolver este manual com base em evidências científicas que subsidiem os cuidados a serem realizados para mulheres com POP com o tratamento conservador, como exercícios do assoalho pélvico e uso do pessário vaginal.

O presente manual assume papel importante no auxílio aos profissionais que se interessem em atuar na área.

1

DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO

A disfunção do assoalho pélvico (DAP) é um distúrbio que afeta os órgãos pélvicos da mulher (útero, vagina, bexiga, reto, e os músculos que os cercam e sustentam) – músculos do diafragma pélvico (pubococcígeo, puborretal e ileococcígeo, juntos conhecidos como levantadores do ânus); os músculos do diafragma urogenital (isquiocavernosos, bulbocavernosos, transverso superficial do períneo, juntos conhecidos como os músculos perineais); e os músculos do esfíncter uretral e anal^{1,2}.

As alterações na estrutura e função do assoalho pélvico (AP) podem causar as seguintes disfunções: incontinência urinária (IU) de esforço, IU de urgência, IU mista ou retenção urinária; incontinência anal (fecal e/ou flatos) ou constipação fecal, prolapso dos órgãos pélvicos (POP), disfunção sexual e dores pélvicas crônicas. Em geral, as disfunções do AP não ocorrem de forma isolada, sendo comum a presença de mais de uma disfunção^{1,3}.

Figura 1 - Assoalho pélvico sem prolapso de órgãos pélvicos, vista inferior

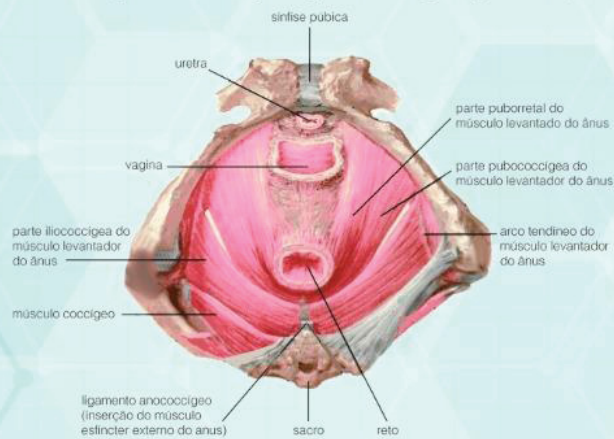
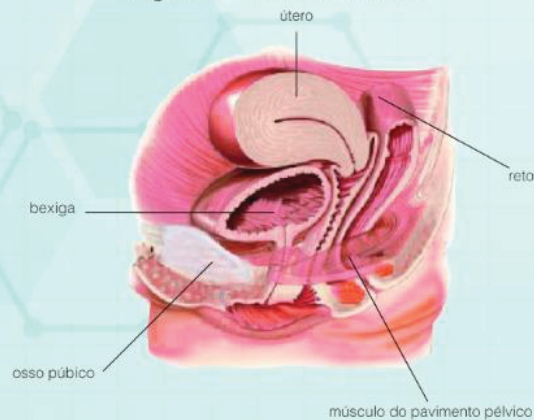


Figura 2 - Anatomia normal



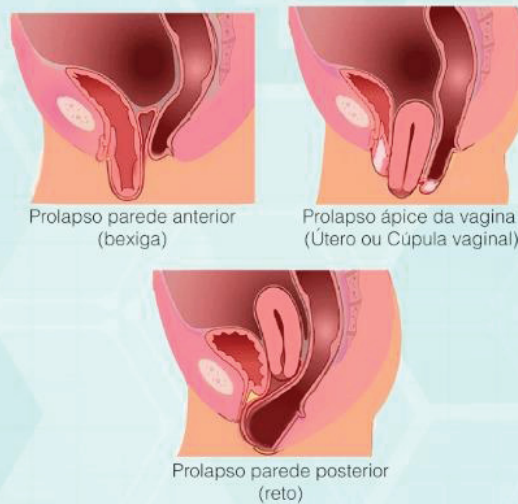
1.2

PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

O prolapso de órgãos pélvicos é definido como a descida da parede vaginal anterior e/ou posterior ou do ápice da vagina (útero ou cúpula vaginal após histerectomia)⁴.

Apesar de raramente resultar em morbidade e mortalidade significativas, pode afetar a qualidade de vida da mulher⁵, sendo uma condição importante na assistência à saúde da mulher.

Figura 3- Tipos de prolapso de órgãos pélvicos



1.2.1

Fatores de risco

O desenvolvimento de prolapso é multifatorial, com o parto vaginal, idade avançada e aumento do índice de massa corporal como os fatores de risco mais consistentes. O parto vaginal, a histerectomia, o esforço crônico, o envelhecimento normal e as anormalidades do tecido conjuntivo ou do reparo do tecido conjuntivo predisõem algumas mulheres à ruptura, ao alongamento ou à disfunção do elevador do ânus, anexos complexos de tecido conjuntivo da vagina, ou ambos, resultando em prolapso⁶.

Quadro 1

Fatores de risco estabelecidos e potenciais para o prolapso de órgão pélvico

Fatores de risco estabelecidos	Fatores de risco potenciais
Parto vaginal	Fatores obstétricos Gravidez Fórceps Idade jovem no primeiro parto Segunda etapa do trabalho de parto prolongada Peso ao nascer > 4500 g Forma ou orientação da pelve óssea
Idade avançada	Raça ou origem étnica
Obesidade	Ocupações, implicando levantamento de peso (repetitivo) Constipação crônica História familiar de prolapso de órgão pélvico Distúrbios do tecido conjuntivo Histerectomia prévia Moduladores seletivos do receptor de estrogênio Traumatismo do assoalho pélvico

Fonte: Adaptado de Haylen et al.⁴; Jelovsek, Maher, Barber⁶.

1.2.2

Sintomas

A Sociedade Internacional de Continência (ICS), em 2010, descreveu que mulheres com POP podem apresentar um quadro clínico que inclui sintomas como sensação de bola, massa ou saliência exteriorizando-se através da vagina, dor lombar ou lombossacral, sensação de peso na região pélvica, alterações urinárias ou intestinais e a necessidade de redução digital do prolapso para iniciar micção ou evacuação^{4,7}.

Os pacientes geralmente apresentam várias queixas, incluindo sintomas urinários, intestinais e pélvicos⁶, que serão apresentadas no Quadro 2. A obstipação crônica deve ser investigada, já que resulta em aumento da pressão intra-abdominal e, portanto, é fator de risco para a ocorrência de POP⁴.

Os sintomas podem afetar negativamente a imagem corporal, a qualidade de vida e a capacidade da mulher de realizar atividades cotidianas⁷, e dificultar a manutenção de uma vida sexual ativa normal.

Quadro 2

Síntese dos sintomas em mulheres com prolapso de órgão pélvicos

Sintoma Vaginal	Sintoma Urinário	Sintoma Intestinal	Sintoma Sexual
Sensação de bola ou protrusão	Incontinência	Incontinência de flatulência ou fezes líquidas ou sólidas	Dispareunia
Ver ou sentir uma protuberância ou saliência	Frequência, intermitência	Sensação de esvaziamento incompleto	“Frouxidão” vaginal
Pressão	Urgência	Esforço durante a defecação	
Peso	Fluxo urinário fraco ou prolongado	Urgência para defecar	
	Hesitação, Retenção	Evacuação digital para completar a defecação	
	Sentimento de esvaziamento incompleto	Splinting, ou empurrando (redução digital) em torno da vagina ou períneo, para iniciar ou completar a defecação	
	Redução manual do prolapso para iniciar ou completar o esvaziamento	Sensação de obstrução ou obstrução durante a defecação	
	Alteração de posição para iniciar ou completar o esvaziamento		

Fonte: Adaptado de Haylen et al.4; Jelovsek, Maher, Barber6.

1.2.3**Classificação dos prolapso de órgãos pélvicos**

O prolapso tem sido tradicionalmente classificado pelo grau de deformidade anatômica, dependendo do local de falha e das vísceras pélvicas envolvidas⁸. Na atualidade, dois sistemas são aceitos: Baden-Walker e o sistema de quantificação do prolapso de órgão pélvico (Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q))⁹. A classificação e os termos utilizados para o POP permitem descrever a localização e a extensão da protrusão das paredes vaginais.

1.2.3.1**Sistema Baden e Walker**

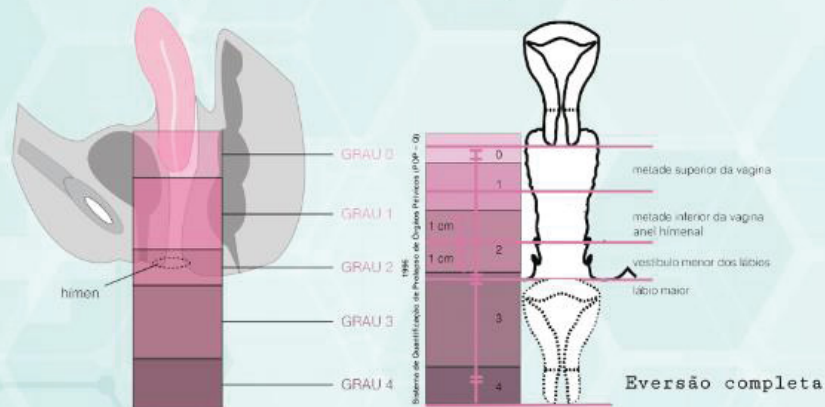
É um sistema de fácil execução, simples de entender, especialmente em circunstâncias clínicas; classifica em cinco graus o prolapso: 0, 1, 2, 3, 4, apresentados no Quadro 03. Nessa classificação, os defeitos são avaliados durante a manobra de Valsalva e o ponto de referência é o anel himenal (que é uma membrana dérmica situada na abertura da vagina)^{9,10}.

Quadro 3

Descrição da classificação de Baden-Walker	
Grau	Descrição
0	Normal
1	Protusão parcial sem atingir o hímen
2	Protusão que atinge o hímen, mas não o ultrapassa
3	Protusão parcial que ultrapassa o hímen
4	Protusão parcial que ultrapassa o hímen

Fonte: Adaptado de Persu, et al.⁸; Szóbel, Davila⁹; Baden, Walker¹⁰.

Figura 4- Estadiamento do prolapso de órgão pélvico



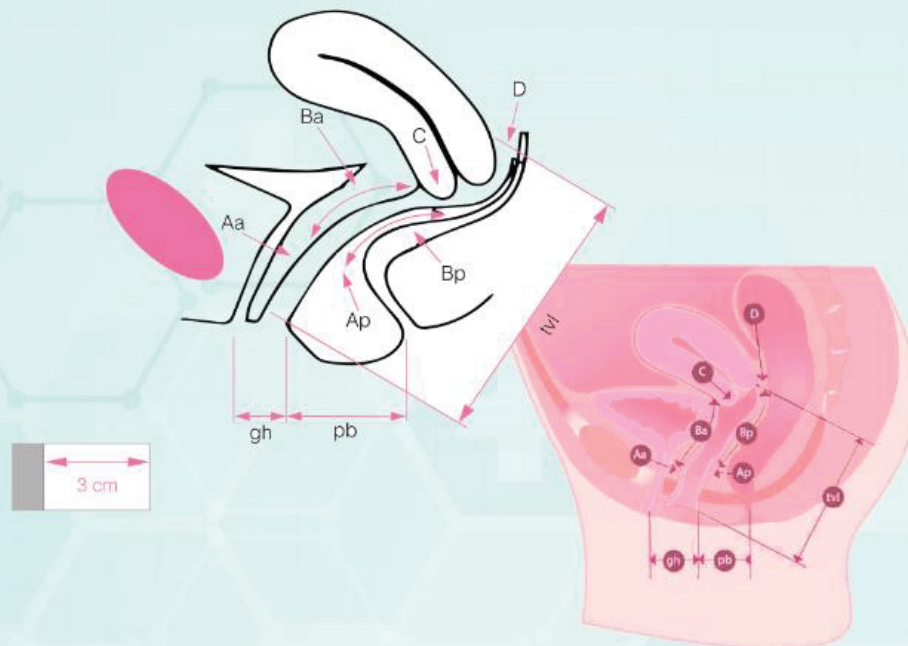
1.2.4

Sistema de quantificação do prolapso de órgão pélvico (POP-Q)

Refere-se a um sistema objetivo específico do local para descrever, quantificar e testar o suporte pélvico em mulheres. É uma ferramenta padronizada para documentar, comparar e comunicar os achados clínicos com comprovada confiabilidade; é aprovado pela International Continence Society (ICS), pela American Urogynecologic Society (AUGS) e pela Society of Gynecologic Surgeons para a descrição do prolapso de órgãos pélvicos femininos⁸.

O sistema identifica nove pontos na vagina e na vulva, em centímetros em relação ao hímen, que são usados para classificar o prolapso em seu local de maior avanço^{4,11}. O prolapso é diagnosticado como anterior, posterior e apical; e o sistema POP-Q determina os estádios do prolapso em: 0, I, II, III e IV^{4,11-12}.

Figura 5 - Pontos de referência para exame do POP-Q



Os pontos de medidas serão apresentados no Quadro 4, e os estágios correspondentes estão resumidos a seguir no Quadro 5.

Quadro 4

Diagrama de registro dos pontos de medidas usados no POP-Q

Aa	- Ponto na parede anterior a 3 cm acima do anel himenal
GH	- Hiato genital. Distância entre o meio do meato uretral e a carúncula himenal posterior
Ap	- Ponto na parede posterior a 3 cm acima do anel himenal
Ba	- O ponto de maior prolapso da parede anterior entre o ponto Aa e o ponto C
PB	- Corpo perineal. Distância entre o meio do orifício anal e a carúncula himenal posterior
Bp	- O ponto de maior prolapso da parede posterior entre o ponto Ap e o ponto D
C	- Lábio anterior do colo uterino ou cúpula vaginal
CTV	- Comprimento total da vagina
D	- Fundo de saco posterior

Fonte: Adaptado de Haylen et al.⁴; Persu, et al.⁸; Szóbel, Davila⁹; Bump, et al.¹².

Quadro 5

14

Estágios usados no POP-Q

Estágio	Descrição
0	Nenhum prolapso é demonstrado durante o esforço máximo.
I	O ponto de maior prolapso está localizado até 1 cm acima do anel himenal.
II	O ponto de maior prolapso está localizado de 1 cm acima do anel himenal até 1 cm abaixo do anel himenal.
III	O ponto de maior prolapso está localizado de 1 cm abaixo do anel himenal até o comprimento total da vagina menos 2 cm, isto é, não há eversão total da vagina.
IV	O ponto de maior prolapso está localizado além do comprimento total da vagina menos 2 cm abaixo do anel himenal ou eversão completa da vagina.

Fonte: Adaptado de Haylen et al.4; Persu, et al.8; Szóbel, Davila9; Bump, et al.12.

Figura 6 - Prolapso uterino e estadiamento - 0, I, II, III, IV



Tratamento Conservador

O tratamento conservador inclui o uso de pessários e treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP), que apresenta como vantagens o baixo custo, o baixo índice de efeitos adversos e não interfere em nenhum tipo de tratamento subsequente. São considerados tratamentos de primeira linha e devem ser oferecidos a todas as mulheres com POP¹³.

O tratamento do POP geralmente é indicado para mulheres sintomáticas; sendo a escolha do tipo de tratamento de forma individual, de acordo com os sintomas apresentados e o seu impacto na qualidade de vida. Mulheres mais idosas e com dor pélvica tendem a preferir tratamento conservador ao cirúrgico¹⁴.

O Sistema Único de Saúde não disponibiliza o pessário como tratamento conservador do POP, porém alguns serviços públicos, inseridos na atenção primária e terciária, vêm trabalhando nesta temática, indicando o pessário e orientando a mulher a adquirir por conta própria o seu dispositivo. E alguns serviços iniciaram com a disponibilização deste dispositivo gratuitamente.

O Parecer nº 04/2016¹⁵ do Conselho Federal de Enfermagem respalda a atuação do enfermeiro no tratamento conservador de incontinência urinária e outras disfunções do Assoalho pélvico; bem como o Parecer Técnico nº 2019/003¹⁶ do Conselho Regional de Enfermagem do PR, respalda a prescrição e inserção do dispositivo pelo profissional enfermeiro.



Avaliação dos músculos do assoalho pélvico

Existem diversas técnicas de avaliação dos músculos do Assoalho Pélvico (MAP), que incluem a palpação digital, perineometria, eletromiografia, ultrassonografia e ressonância magnética¹⁷. Cada uma delas analisa aspectos diferentes da função desse complexo muscular, sendo o teste muscular manual e a perineometria bastante empregados na prática clínica, existindo uma correlação positiva entre estes métodos¹⁸, realizados por meio do toque digital.

Algumas escalas foram desenvolvidas com o propósito de avaliar diferentes aspectos dos MAPs. A mais usada é a Escala Modificada de Oxford, que quantifica a força dos MAPs em seis pontos: 0 = sem contração, 1 = tremulação, 2 = fraca, 3 = moderada, 4 = boa (com sustentação) e 5 = forte¹⁹⁻²⁰.

O esquema PERFECT foi desenvolvido por Laycock e cols²¹ e vem sendo muito utilizado; ele avalia a força pela escala de Oxford, e sugere a avaliação de sustentação (tempo de contração estável), velocidade e repetição das contrações²².

Quadro 6

Esquema PERFECT		
P	Power (Força)	Presença e intensidade da contração muscular voluntária, graduada segundo o sistema Oxford adaptado: 0 = ausência de contração dos músculos do assoalho pélvico; 1 = esboço de contração não sustentada; 2 = contração pouco intensa, mas sustentada; 3 = contração moderada, com aumento da pressão intravaginal no sentido cranial da parede vaginal;
E	Endurance (Manutenção)	Tempo, em segundos, em que as fibras musculares lentas mantêm a contração voluntária sustentada.
R	Repetitions (Repetições)	Número de contrações mantidas sem comprometimento da intensidade por cinco segundos, com intervalo de quatro segundos entre uma e outra. Registram-se no máximo dez repetições.
F	Fast (Rapidez)	Número de contrações de um segundo, sem comprometimento da intensidade, realizadas pelas fibras musculares rápidas. Avalia-se após dois minutos de repouso e registram-se no máximo dez repetições.
E	E Every (Muitas)	Monitoramento do progresso por meio da cronometragem das contrações. Tais itens não foram utilizados na avaliação das mulheres do estudo.
C	Contractions (Contrações)	
T	Timed (Cronometragem)	

Fonte: Adaptado de Haylen et al.4; Persu, et al.8; Szóbel, Davila9; Bump, et al.12.

Para a avaliação do MAP o examinador introduz os dedos indicador e médio no canal vaginal, com a paciente deitada em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas e os pés apoiados, e solicita a contração (movimento do ânus para dentro) com o máximo de força, classificando essa contração de acordo com a escala selecionada. A palpação é a técnica recomendada para entender, ensinar e dar feedback aos pacientes sobre a correção da contração. A posição do paciente e as instruções dadas e o uso de um ou dois dedos devem ser padronizados e relatados¹⁷⁻²³.

1.2.6.1

Treinamento dos músculos do assoalho pélvico

O TMAP é recomendado pela ICS como primeira opção para o tratamento de disfunções uroginecológicas como a incontinência urinária, sendo ainda recomendado para o manejo de prolapso dos órgãos pélvicos²⁴.

Os objetivos do TMAP em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos são melhorar a força e resistência da musculatura do assoalho pélvico, prevenir a progressão do prolapso, reduzir a frequência e gravidade dos sintomas e evitar ou retardar a necessidade de cirurgia^{2,25}.

O TMAP está baseado no princípio de fortalecimento dos componentes do mecanismo de fechamento uretral. Consiste em contrações repetitivas dos MAPs envolvendo o treinamento de força e suporte perineal, com melhora do tônus muscular, bem como inibição da atividade da musculatura detrusora da bexiga. Desta forma, é capaz de prover o treinamento da contração reflexa dos músculos do esfíncter uretral quando há um aumento da pressão intra-abdominal e aumentar a pressão de fechamento uretral por aumento da força dos MAPs²⁶.

O início do treinamento é constituído pela orientação para identificar e controlar os músculos. A contração correta é descrita como uma elevação para dentro e ao redor de uretra, vagina e reto, sem qualquer movimento visível da pelve ou das extremidades inferiores²⁷.

O treinamento muscular do assoalho pélvico envolve a contração repetitiva do músculo do assoalho pélvico, que constrói força e apoio perineal e melhora o tônus muscular. Como o assoalho pélvico é inteiramente composto de músculo estriado, os princípios do treinamento de força para o músculo estriado devem ser seguidos quando se tenta tonificar e fortalecer o assoalho pélvico²⁸.

A postura recomendada a ser adotada durante o regime de exercícios prescritos também varia e inclui sentar, ajoelhar, ficar em pé, deitado e em pé com as pernas flexionadas. A duração recomendada do esquema prescrito varia de uma semana a seis meses.

O TMAP deve ser a primeira opção de tratamento conservador para mulheres com IU e POP, pois é um método seguro, eficaz e de baixo custo; o treinamento deve ser oferecido com supervisão especializada e ter duração mínima de três meses. Biofeedback, estimulação elétrica e cones vaginais podem ser oferecidos aos pacientes que não sabem contrair corretamente os MAPs, como uma alternativa de tratamento conservador²⁹.

O exercício dos músculos pélvico é um programa de exercícios-alvo, cujo objetivo é o desenvolvimento de força e da área de secção transversal do músculo elevador do ânus. Embora existam numerosas variações no protocolo, todos coincidem em 3 três componentes básicos: 1. Reservar um tempo dedicado para exercitar, 2. Graduar a quantidade e intensidade do exercício e 3. Esforçar-se para induzir as mudanças estruturais nos músculos³⁰, porém ainda não há um consenso sobre a prática ideal de exercícios para essa musculatura.

Segue-se o programa de treinamento da musculatura pélvica proposto por Miller; Kasper; Sampsel³¹, que o profissional de saúde poderá explicar e prescrever à mulher.

Quadro 7

Treinamento gradativo de força: programa de exercícios para musculatura pélvica

Etapa 1	Iniciando a identificação dos músculos
Metas	Realizar contrações curtas e rápidas com períneo (procurando puxá-lo para dentro e para cima) Usar somente os músculos pélvicos; Evitar contrair os músculos abdominais, da coxa ou nádegas.
Prescrição	50 contrações curtas com intervalo de 30 segundos a cada 10 contrações. Realizar diariamente
Etapa 2	Iniciando o fortalecimento muscular
Metas	Realizar contrações fortes segurando na força máxima; Contrair e segurar na força máxima por 2 segundos e relaxar. Quando estiver realizando sem dificuldade, aumentar o tempo de segurar na força máxima, gradativamente, até chegar a 10 segundos (de 2 em 2 segundos, mudando quando estiver sem dificuldade).
Etapa 3	Avançando na identificação muscular
Metas	Identificar níveis mais altos de contrações musculares. Contração realizada progressivamente em três níveis, de forma curta e rápidas. Contrair progressivamente no nível fraco, no nível médio e no nível forte. Relaxar.
Etapa 4	Treino de força
Metas	Iniciar o programa de contrações musculares. Contração executada progressivamente em três níveis, de forma pausada. Contrai no nível fraco, no nível médio e no nível forte, segurando por 3 segundos, em cada nível. Relaxar
Prescrição	50 contrações graduadas com intervalo de 30 segundo a cada 10 contrações. Realizar diariamente
Etapa 5	Avançando no treino de força
Metas	Segurar cada contração no topo por cinco segundos, relaxar no nível médio e segurar no nível médio por cinco segundos. Concentração em alta intensidade e poder de força nas contrações. Realizar diariamente.
Etapa 6	Manutenção
Metas	Manutenção de exercícios para musculatura pélvica. Concentração na contração muscular ao tossir, espirrar, assoar o nariz, até se tornar um hábito. Manter na força máxima por dez segundos e relaxar, praticando com grande habilidade, contrações fortes.
Prescrição	50 contrações curtas com intervalo de 30 segundo a cada 10 contrações. Realizar diariamente

Fonte: Adaptado de Miller, Kasper, Sampsel³¹.

1.2.6.2

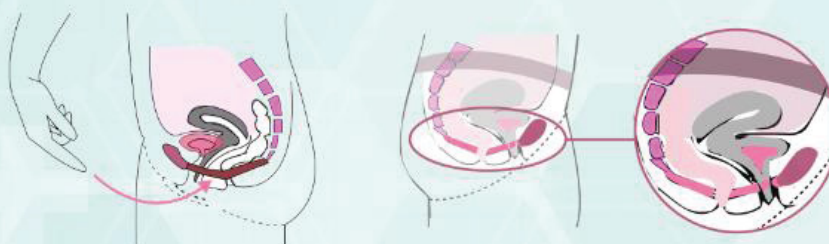
Como fazer exercícios – passo a passo

Para a realização dos exercícios o enfermeiro deverá orientar a mulher a realizar os seguintes passos:

- **Identificar os músculos pélvicos:** Oriente a mulher a interromper o fluxo de urina por alguns instantes e contrair os músculos pélvicos, para adquirir mais consciência de onde eles estão.

Obs.: O ato de interromper a urina no meio do processo é apenas para descobrir onde ficam os músculos pélvicos. Não se deve fazer dessa prática uma constante.

Figura 7 - Identificação dos músculos pélvicos

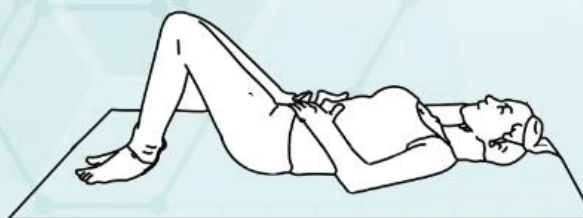


- **A mulher deve esvaziar a bexiga antes de começar os exercícios:**

E concentrar-se para apertar somente os músculos do assoalho pélvico. Na tentativa de contrair os músculos pélvicos, é comum confundir-se e acabar contraindo o bumbum, coxas ou o abdômen.

- **Procurar ficar em uma posição confortável:** Os exercícios podem ser feitos enquanto se está sentada ou deitada com as pernas flexionadas.

Figura 8 - Posicionamento para realização dos exercícios



• **Etapa 1 - Contrair os músculos pélvicos fazendo contrações curtas e rápidas, buscando puxar o períneo para dentro e para cima:** Fazer 50 contrações curtas com intervalos de 30 segundos a cada 10 contrações.

Obs.: Evitar contrair os músculos abdominais, da coxa ou das nádegas.

• **Etapa 2 - Contrair os músculos pélvicos, realizando contrações fortes, segurando na força máxima:** Contrair, segurar na força máxima por 2 segundos e relaxar.

Obs.: Quando conseguir realizar sem dificuldade, aumentar o tempo de segurar na força máxima, até chegar a 10 segundos.

Figura 9 - Contração muscular pélvicos



• As etapas dos exercícios alteram conforme a mulher for adquirindo facilidade em executar a etapa anterior.

• Realizar os exercícios diariamente.



Pessário Uroginecológico

Pessários são dispositivos mecânicos, geralmente de silicone, látex ou policarbonato, que podem ser usados para tentar restaurar os órgãos prolapsados, como suporte à sua posição normal e, assim, aliviar os sintomas. Há vários tipos e tamanhos^{13,32}.

Atualmente há cerca de 20 modelos de pessários em uso. Os pessários vaginais podem ser divididos em dois tipos: pessários de apoio/suporte e pessários de preenchimento (space-filling)^{13,33}. Os pessários de suporte geralmente são utilizados para todos os tipos de prolapso, enquanto os space-filling são usados em pacientes com prolapso mais avançados¹³.

Objetivos

- Impedir progressão do grau de prolapso^{32,33};
- Diminuir a frequência ou gravidade dos sintomas do prolapso^{32,33};
- Evitar ou atrasar a necessidade de cirurgia^{32,33}.

Indicações






- Paciente que não deseja tratamento cirúrgico¹³;
- Comorbidades que contraindicam procedimento cirúrgico¹³;
- Necessidade de postergar a cirurgia em semanas ou meses¹³;
- Paciente que não deseja ser submetida a nova cirurgia após recorrência do prolapso¹³;
- Gestação; desejo reprodutivo (o benefício de um procedimento cirúrgico pode ser anulado pela gestação e parto)¹³.

Contraindicações

- Infecção local¹³;
- Dor¹³;
- Impossibilidade de seguimento¹³; Incapacidade de manipulação do pessário¹³;
- Alergia ao látex (para pessários de látex)¹³, úlceras, atrofia severas.

Quadro 8

Vantagens, desvantagens e indicações de alguns pessários

Pessário	Imagem	Vantagens	Desvantagens	Indicações
Anel (simples)		Permite o coito (com preservativo) Fácil de inserir Semelhante ao diafragma contraceptivo e, portanto, mais aceitável	O paciente deve estar em conformidade	Prolapso Uterovaginal de I e II grau
Anel (com suporte)		Anel com suporte útil se acompanha prolapso de parede anterior; Sem necessidade de remoção diária		
Gellhorn		Permite que o prolapso grande seja mantido no lugar Fácil de limpar	Rígida, portanto, difícil de inserir Requer vagina e períneo com espaço intacto Contraindicado em mulheres sexualmente ativas	Prolapso uterino de III grau com diminuição do suporte perineal
Donut		Popular devido às excelentes propriedades de suporte/apoio Fácil inserção e remoção Não é necessário remover diariamente	A paciente deve ser compatível	Prolapso Uterovaginal de III grau
Cubo		Às vezes o único pessário que trabalha em idosos sem tonicidade vaginal Pode ser usado em mulheres que aguardam cirurgia	Difícil de gerir e remoção noturna importante, uma vez que não drena as secreções Alta incidência de inflamação e ulceração devido a propriedades de aderência	Prolapso Uterovaginal de III grau e prolapso de parede posterior com ou sem prolapso de parede anterior Falta de tônus vaginal

Fonte: Adaptado de Shah, Sultan, Thakar³²; Oliver; Thakar; Sultan³³.

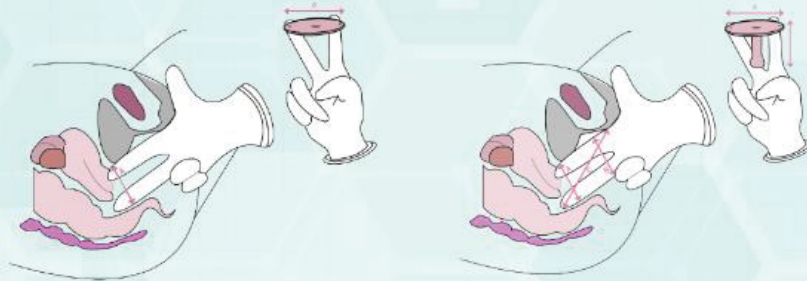
Nota: *com preservativo

1.2.6.3.1

Escolha do pessário

O tipo de pessário a ser utilizado é definido de acordo com o comprimento e a largura da vagina e o estadiamento do prolapso, o tamanho aproximado do pessário é determinado pela avaliação da largura do canal vaginal, separando os dois dedos examinadores na abóbada em plano sagital e estimando a distância de separação, conforme apresentado na Figura 10^{13,35}.

Figura 10 - Demonstração da medida digital da vagina para escolha do pessário



É importante a adequação da mulher a determinado pessário; levando em conta a atividade sexual, o tipo e o grau do POP, a capacidade da paciente de se autogerenciar. Considerar a capacidade da mulher de participar de exames de acompanhamento, sozinha ou com um cuidador³³.

Existem outros métodos de medição, incluindo o uso de um dispositivo graduado (como a pinça de Ranie ou Colpômetro – Figura 11), porém o tamanho correto é geralmente atingido por tentativa e erro³³.

Figura 11 - Colpômetro de Ranie pélvicos



1.2.6.3.2

Inserção do pessário – passo a passo

1. Orientar a mulher a urinar e, se possível, evacuar^{33,35-41}.
2. Colocar a paciente em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas, pés apoiados e joelhos afastados^{33,35-41}.

Figura 12 - Posição para inserção do pessário

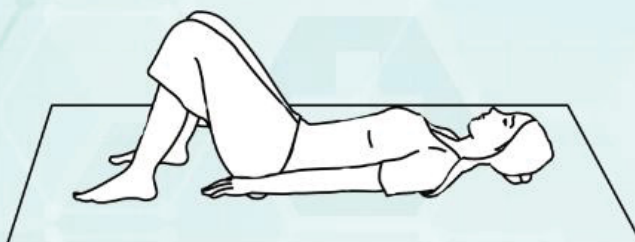
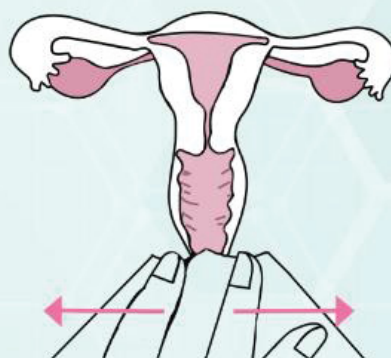
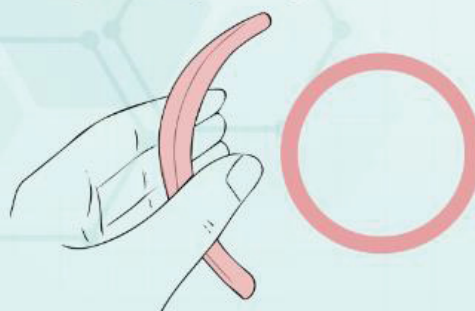


Figura 13 - Visualização do introito vaginal pélvico



3. Comprimir o pessário para diminuir o seu diâmetro^{33,35-41}.

Figura 14 - Ajuste do pessário



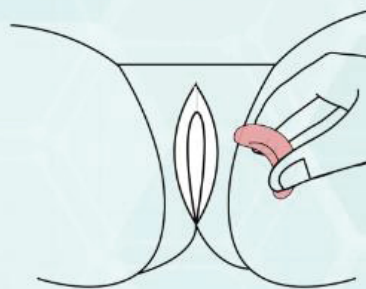
4. Aplicar o lubrificante na borda do pessário^{33,35,41}.

Figura 15 - Aplicação de lubrificante



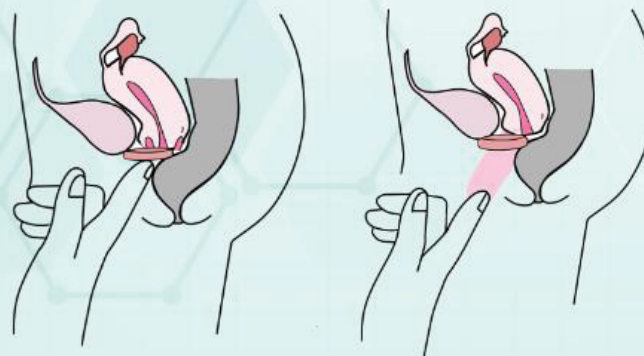
5. Inserir o pessário com delicadeza, aplicando cuidadosamente pressão na parede vaginal posterior ou obliquamente, evitando pressionar a uretra^{33,35,41}.

Figura 16 - Inserção do pessário



6. Ao atingir o fundo vaginal, realizar a rotação para o eixo vertical de forma que sua posição seja transversal ao eixo longitudinal da vagina (limitando, assim, potencialmente, a expulsão espontânea)^{33,35,41}.

Figura 17 - Movimentação e ajuste do pessário no fundo vaginal



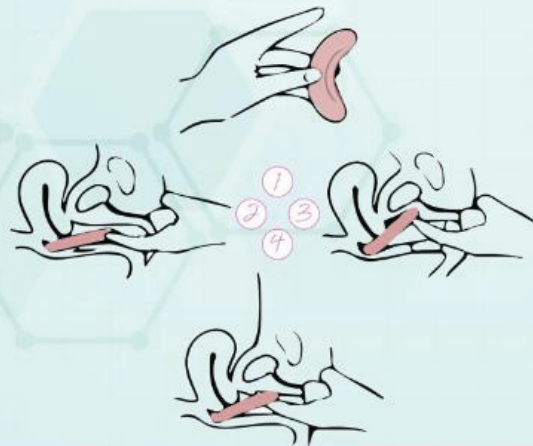
7. O pessário inserido corretamente deverá ser confortável, a mulher não deve sentir; o pessário pode se movimentar, contudo, não pode ultrapassar o introito. Testar a adequação de tamanho pedindo para a mulher realizar manobra de Valsava e tossir, na posição sentada e em pé. Pedir à paciente para realizar testes de atividades diárias (andar e se movimentar na sala de exames, caminhar, abaixar, sentar) e simular evacuação; verificar se houve algum desconforto – o dispositivo não deve cair da vagina durante esses movimentos^{33,35,41}.
8. Orientar a ingestão de água e aguardar uma micção espontânea para avaliar possível retenção pelo uso do pessário^{33,35,41}.
9. Em caso de sucesso, agendar consulta de retorno (registre a data de inserção, prazo de validade e vencimento do pessário indicado pelo fabricante; tamanho e modelo do pessário utilizado)^{33,35,41}.
10. Em caso de insucesso na inserção (expelido ou desconfortável), recomeçar o teste com outro pessário^{33,35,41}.
11. Remover o pessário para capacitar a paciente: inserir o dedo indicador no canal vaginal, localizar o aro do pessário, segurar com a ponta do dedo em gancho, inclinar e puxar com cuidado até que saia completamente^{33,35,41}.

Figura 18 - Remoção do pessário



12. Capacitar a paciente ou um cuidador para a remoção do pessário e sua reinserção^{33,35,41}.

Figura 19 - Inserção, Rotação e Remoção do pessário



1.2.6.3.3

Acompanhamento

Não há um consenso do tempo de retorno da mulher ao profissional. O acompanhamento pode variar, dependendo da capacidade da mulher em inserir e remover o pessário e da presença de complicações. Deve-se informar a mulher sobre os sintomas de possíveis complicações e ela deve ser alertada para estar ciente de qualquer alteração ginecológica, miccional ou evacuatória³³.

Embora não haja consenso, é aconselhável que, após a inserção inicial, a mulher seja vista em um intervalo entre 24 e 72 horas³⁶.

Para avaliação posterior de adesão, adequação e satisfação, o retorno pode variar entre duas e quatro semanas. Em casos de boa adaptação e ausência de complicações os intervalos podem ser progressivamente aumentados de dois a doze meses³⁵.

Com um acompanhamento adequado é possível prevenir grande parte das complicações, portanto, deve-se enfatizar sua importância. Um sistema de lembrete, embora não seja tão aplicável, pode ajudar a não haver falhas nessas consultas⁴².

1.2.6.3.4

Avaliação nas consultas de retorno

A avaliação da paciente deve ser no sentido de identificar problemas com a adaptação e sinais de complicações (lesões por pressão, hipergranulação, irritação, infecção). O exame especular está indicado quando a paciente relata ter visto algum sangramento, ainda que pequeno, durante as remoções do pessário no domicílio, e quando houver aumento ou odor de secreção vaginal⁴².

Outros itens que devem ser avaliados são:

- Sintomas do trato urinário inferior⁴³;
- Sintomas intestinais⁴³;
- Dor, pressão ou desconforto⁴³;
- Sensação de bola na vagina ultrapassando o pessário⁴³;
- Adequação da atividade sexual⁴³;
- Expulsão do pessário⁴³.

Realizar a inspeção do dispositivo quanto à coloração e textura. Substituir o pessário se o mesmo passou do prazo de validade ou se tiver algum dano^{37,40}.

1.2.6.3.5

Complicações de uso

Os pessários têm uma alta taxa de sucesso e poucas complicações para o tratamento do prolapso, seu uso é confortável e eficaz, entretanto, eventos adversos graves, como fístula vesicovaginal/retovaginal e encarceramento do pessário podem ocorrer quando o acompanhamento recomendado é negligenciado^{33,35,42}.

As principais complicações decorrentes do uso de pessários são:

- Lesão por pressão^{33,35,42};
- Hipergranulação⁴²;
- Leucorreia^{32,42};
- Sintomas irritativos^{33,35,42}.

A maior parte dessas complicações está relacionada à atrofia genital. As lesões por pressão ocorrem em cerca de 10% dos casos. A vaginose bacteriana pode ocorrer em até 32% das usuárias de pessário^{9,44}.

Normalmente as lesões por pressão estão associadas à escolha de pessários maiores do que a necessidade real e a hipergranulação, à fricção frequente do pessário no canal vaginal⁴².

1.2.6.3.6

Gerenciamento do problema

- Na presença de lesão por pressão ou hipergranulação, remover o pessário até a cicatrização ou acompanhar semanalmente. Aplicar estrogênio no canal vaginal diariamente. Alterar o tamanho ou modelo do pessário (normalmente por um menor ou com superfície maior)⁴².
- Se a lesão for persistente, apesar do teste terapêutico, a biópsia deve ser considerada; se for frequentemente recorrente, a discussão de outras opções, como o tratamento cirúrgico, deve ser considerada⁴².
- Quando houver aumento da secreção vaginal ou odor, deve-se orientar o uso de banho de assento com solução de vinagre; caso não haja melhora, antibioticoterapia tópica deve ser considerada⁴².
- Irritação vaginal leve é comum e não requer descontinuidade do pessário³³.



Orientações gerais

- A adaptação do pessário é idealmente realizada por um profissional que tenha uma boa compreensão da anatomia e da função pélvica, com educação, habilidades e recursos para oferecer às mulheres uma recomendação individualizada, com opções de vários tipos e tamanhos de pessários.
- O consentimento verbal de uma mulher é suficiente para prosseguir com o ajuste do pessário.
- As mulheres que estão considerando o uso de pessários devem receber informações orais e escritas sobre a adaptação do dispositivo pessário, cuidados de acompanhamento e riscos (ou seja, recursos visuais relacionados à anatomia, uma chance de ver e sentir a pré-inserção do pessário).
- O aumento do corrimento vaginal reativo pode ser um problema para algumas mulheres que usam pessários; opções que podem ajudar a diminuir essa descarga incluem a reestrogenização da vagina, se necessário, e/ou a escolha de pessários com orifícios de drenagem e área de superfície menor. Preocupação: Alternativamente, uma área de superfície maior pode dispersar a pressão e reduzir o risco de lesão tecidual.
- Algumas mulheres podem autorremover qualquer pessário, enquanto outras são incapazes de remover qualquer pessário, já que a capacidade de autorremoção depende mais da motivação e limitações físicas da mulher, como artrite, neuropatia ou obesidade, do que do tipo de pessário.
- As recomendações impressas dos fabricantes para remoção de pessários e intervalos de acompanhamento geralmente não são baseadas em evidências ou consistentes com a prática comum, e não devem ser consideradas padrão de atendimento.
- Profissionais experientes escolhem um pessário inicial para adaptação baseados em uma variedade de fatores, incluindo avaliação do comprimento e largura vaginal no ápice e introito, força muscular vaginal e sensibilidade, determinação do local (compartimento) do prolapso e conhecimento do plano da mulher para futuras relações sexuais.
- Uma mulher deve realizar atividades normais apropriadas com seu novo pessário no lugar, antes de sair do consultório após o ajuste (por exemplo, pelo menos esvaziamento e manobras de Valsalva no vaso sanitário, com e sem apoio manual do pessário, bem como outros movimentos como tosse, flexão, sentando, levantando, caminhando, subindo escadas, e/ou saltando, como o tempo permitir)⁴².

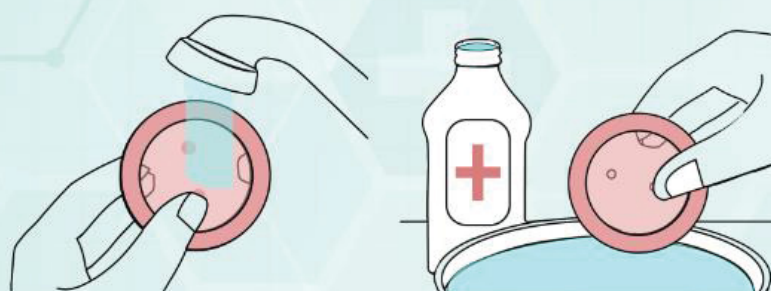
- Embora complicações sérias decorrentes do uso de pessários sejam raras, o acompanhamento regular em consultas agendadas é importante para prevenir complicações graves por meio de intervenções precoces, como iniciar estrogênio vaginal, alterar a forma ou tamanho do pessário ou a remoção temporária do pessário.
- Deve haver um sistema administrativo para rastrear as visitas de mulheres que são usuárias de pessários para evitar ou minimizar a perda a longo prazo para acompanhamento (por exemplo, planilhas, lembretes de compromissos etc.); e assim evitar possíveis problemas relacionados com a negligência do mau uso do pessário.
- Embora o uso de um pessário vaginal seja mais provável de resolver a retenção de urina, restaurando a anatomia normal, pode ocorrer obstrução uretral; os provedores devem avaliar a retenção pós-adaptação em mulheres sintomáticas ou em risco.
- Atentar antes do início do estrogênio vaginal se houver um histórico de câncer de mama ou genital.
- A lesão mecânica do epitélio vaginal deve ser descartada a cada visita de acompanhamento do pessário, geralmente por inspeção usando um espécuro bivalve ou univalve. Preocupação: Pode ser igualmente seguro e menos desconfortável para o usuário inspecionar a vagina somente se o sangue é notado no pessário na remoção.
- Embora a limpeza do pessário com água e sabão seja normalmente recomendada nas visitas de acompanhamento, a limpeza vaginal rotineira não é recomendada na ausência de corrimento ou sangramento anormal⁴².

1.2.6.3.8

Cuidado de si

- Demonstrar a remoção e a limpeza do pessário, que deve ser realizada com água corrente e sabão, com atenção para retirar todo o resíduo no enxague¹³.

Figura 20 - Limpeza do pessário



- Orientar remoção semanal para pessários de suporte (anel e donut) ou diário para os de preenchimento³⁸. É aconselhável retirar o pessário à noite, dormir sem ele e recolocá-lo pela manhã, porém, se a mulher se sentir muito desconfortável sem o pessário, ele pode ser reinsertado logo após a higienização³⁶.
- Quando houver aumento de secreção vaginal, as mulheres podem ser orientadas a realizar acidificação da vagina com solução de vinagre (¼ de copo de vinagre para um copo de água quente)³⁷.
- Orientar para atenção a alterações ginecológicas, miccionais e evacuatórias. Presença de sangramento, dor e desconforto.

1.2.6.3.9

Atenção

Orientar a mulher a entrar em contato com o profissional de saúde se o uso do pessário causar sangramentos vaginais, corrimentos malcheirosos, pressão ou dores pélvicas, dificuldades para urinar ou evacuar, irritação/coceira na vagina, desconfortos incomuns (inchaços, câibras ou dores) na parte inferior do abdômen ou febre.

REFERÊNCIAS

1. Pelvic Floor Disorders Network (PFDN). What Are Pelvic Floor Disorders? [Internet]. [cited 2020 Feb 05]. Available from: <<https://pfdnetwork.azurewebsites.net/About/PelvicFloorDisorders.aspx>>.
2. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, et al. Prevalence of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in US Women. *JAMA*. 2008 [cited 2020 Feb 05]; 300(11):1311-1316. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182572>
3. Figueiredo EM, Cruz MC. Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico Feminino. In: Baracho E (ed). *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; c2012. (Capítulo 28).
4. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor. *Int Urogynecol J*. 2010 [cited 2020 Feb 05]; 21(1):5-26. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-009-0976-9>
5. Barber MD. Pelvic organ prolapse. *BMJ*. 2016 [cited 2020 Feb 05]; 354:i3853. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.i3853>
6. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet*. 2007 [cited 2020 Feb 05]; 369 (9566):1027–38. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607604620?via%3Dihub>
7. Lowder JL, Ghetti C, Nikolajski C, et al. Body image perceptions in women with pelvic organ prolapse: a qualitative study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011 [cited 2020 Feb 05]; 204(5):441.e1- 441.e5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937810024701?via%3Dihub>
8. Persu C, Chapple CR, Cauni V, et al. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) – a new era in pelvic prolapse staging. *J Med Life*. 2011[cited 2020 Feb 05]; 4(1):75-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056425/#R3>
9. Szóbel DC, Davila GW. Diagnóstico e tratamento do prolapso genital associado. In: Haddad JM, Amaro JL, Kawano PR, et al. *Reabilitação do Assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais*. 2.ed. São Paulo: Segmento Farma; c2012. (p.69-80).
10. Baden WF, Walker TA. Genesis of the vaginal profile: a correlated classification of vaginal relaxation. *Clin Obstet Gynecol*. 1972[cited 2020 Feb 05]; 15(4):1048-54. Available from: https://journals.lww.com/clinicalobgyn/Citation/1972/12000/-Genesis_of_the_Vaginal_Profile__A_Correlated.20.aspx

11. Baracat EC, Lima GR. Ginecologia. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP-Escola Paulista de Medicina. Barueri: Editora Manole Ltda; 2005.

12. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 [cited 2020 Feb 05]; 175(1):10-7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937896702430?via%3Dihub>

13. Peterson T, Haddad JM. Terapêutica Clínica. In: Girão MJBC, Sartori MGF, Ribeiro RM et al. (coord.). Tratado de uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico. Barueri, SP: Manole; 2015. (Capítulo 34, p. 513-522).

14. Heit M, Rosenquist C, Culligan P, et al. Predicting treatment choice for patients with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2003 [cited 2020 Feb 05]; 101(6):1279-1284. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029784403003594>

15. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Atuação do enfermeiro no tratamento conservador de incontinência urinária e outras disfunções do assoalho pélvico. Brasília (DF): Cofen; 2016 [cited 2020 Feb 05]. Parecer Técnico 04/2016. Available from: http://www.cofen.gov.br/parecer-no-042016ctascofen_45837.html

16. Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (Coren/PR). Prescrição e inserção de pessários uroginecológicos utilizados para o tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos e incontinência urinária. Curitiba(PR): Coren/PR; 2019 [cited 2020 Feb 05]. Parecer Técnico 2019/003. Available from: <https://www.corenpr.gov.br/portal/-/profissional/legislacao/pareceres-corenpr/1002-2019-003-parecer-tecnico-coren-pr-prescricao-e-insercao-de-pessarios-uroginecologicos-utilizados-para-o-tratamento-conservador-do-prolapso-de-orgaos-pelvicos-e-incontinencia-urinaria>

17. Bø K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Physical therapy*. 2005 [cited 2020 Feb 05]; 85(3): 269-282. Available from: <https://doi.org/10.1093/ptj/85.3.269>.

18. Riego MLG, Caroci AS, Oliveira SMJV, et al. Avaliação da força muscular perineal durante a gestação e pós-parto: correlação entre perineometria e palpação digital vaginal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2020 Feb 05]; 18(6): 1138-1144. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_14.pdf

19. Bø K, Hagen RH, Kvarstein B, et al. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence: III. Effects of two different degrees of pelvic floor muscle exercise. *Neurourol Urodyn*. 1990 [cited 2020 Feb 05]; 9(5):489-502. Available: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.1930090505>

20. Ferreira CHJ, Barbosa PB, de Oliveira Souza F, et al. Inter-rater reliability study of the modified Oxford Grading Scale and the Peritron manometer. *Physiotherapy*. 2011 [cited 2020 Feb 05]; 97(2):132-138. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21497247>
21. Laycock J, Jerwood D. Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme. *Physiotherapy*. 2001 [cited 2020 Feb 05]; 87(12): 631-642. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003194060561108X>
22. Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC. Incontinência urinária e função muscular perineal em idosas praticantes e não-praticantes de atividade física regular. *Rev. bras. fisioter.* [Internet]. 2011 [cited 2020 Feb 05]; 15(4): 310-317. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbfs/v15n4/pt_aop010_11insci787.pdf
23. Nascimento SM. Avaliação Fisioterapêutica da Força Muscular do Assoalho Pélvico na Mulher com Incontinência Urinária de Esforço após Cirurgia de Wertheim-Meigs: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2009 [cited 2020 Feb 05]; 55(2): 157-163. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_55/v02/pdf/10_revisao_literatura1.pdf
24. Abrams P, Andersson KE, Birder G, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010 [cited 2020 Feb 05]; 29(1): 213-40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20025020>
25. Baracho E. *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2018.
26. Price N, Dawood R, Jackson SR. Pelvic floor exercise for urinary incontinence: a systematic literature review. *Maturitas*. 2010 [cited 2020 Feb 05]; 67(4):309-15. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20828949>
27. Bø K, Lilleås F, Talseth T, et al. Dynamic MRI of the pelvic floor muscles in an upright sitting position. *Neurourol Urodyn*. 2001 [cited 2020 Feb 05]; 20(2): 167-174. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11170191>
28. Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Habée-Séguin GM. Pelvic floor muscle treatment versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 [cited 2020 Feb 05]; 5 (Art. No.: CD005654). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005654.pub3/full>
29. Silva Filho AL, da Fonseca AMRM, Camillato ES, et al. Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária. *Fisioter Pesq*. 2013 [cited 2020 Feb 05]; 20(1):90-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v20n1/15.pdf>

30. Miller JM. Criteria for therapeutic use of pelvic floor muscle training in women. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2002 [cited 2020 Feb 05]; 29(6):310-311. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12439454>
31. Miller J, Kasper C, Sampsel C. Review of muscle physiology with application to pelvic muscle exercise. *Urol Nurs.* 1994 [cited 2020 Feb 05]; 14(3): 92-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7732424>
32. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D et al. Pessaries (mechanical devices) for pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 [cited 2020 Feb 05]; 2:(Art. No.: CD004010). doi: 10.1002/14651858.CD004010.pub3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23450548>
33. Oliver R, Thakar R, Sultan AH. The history and usage of the vaginal pessary: a review. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology.* 2011 [cited 2020 Feb 05]; 156(2):125-30. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211511000200?via%3Dihub>
34. Shah SM, Sultan AH, Thakar R. The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2006 [cited 2020 Feb 05]; 17(2): 170–175. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-005-1313-6>
35. Robert M, Schulz JA, Harvey M-A. Technical Update on Pessary Use. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* 2013 [cited 2020 Feb 05]; 35(7): 664-674. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216315308884?via%3Dihub>
36. Atnip S, O'Dell K. Vaginal support pessaries: Indications for use and fitting strategies. *Urol Nurs.* 2012 [cited 2020 Feb 05]; 32(3):114-24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22860390>
37. Atnip SD. Pessary use and management for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009 [cited 2020 Feb 05]; 36(3): 541-63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19932415>
38. Bash KL. Review of vaginal pessaries. *Obstet Gynecol Surv.* 2000 [cited 2020 Feb 05]; 55(7): 455- 460. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10885651>
39. Bordman R, Telner D, Jackson B, et al. Step-by-step approach to managing pelvic organ prolapse: information for physicians. *Can Fam Physician.* 2007 [cited 2020 Feb 05]; 53(3): 485-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949085/>
40. Farrell SA (Edit). *Pessaries in Clinical Practice.* London: Springer Verlag; c2006.

41.Hagen S, Thakar R. Conservative management of pelvic organ prolapse. *Obstet. Gynaecol. Reproduct Med.* 2012 [cited 2020 Feb 05]; 25(4): 91-95. Available from: [https://www.obstetrics-gynaecology-journal.com/article/S1751-7214\(12\)00034-6/abstract](https://www.obstetrics-gynaecology-journal.com/article/S1751-7214(12)00034-6/abstract)

42.Hooper GL, Atnip S, O'Dell K. Optimal Pessary Care: A Modified Delphi Consensus Study. *J Midwifery Womens Health.* 2017 [cited 2020 Feb 05]; 62(4): 452-462. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28727233>

43.Abdool Z, Swart P. Symptomatic pelvic organ prolapse: Experience at a tertiary urogynaecology clinic. *SAJOG.* 2016 [cited 2020 Feb 05]; 22(1): 18-20. Available from: <http://www.sajog.org.za/index.php/SAJOG/article/view/1038/513>

44.Hanson LA, Schulz JA, Flood CG, et al. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. *Int Urogynecol J.* 2006 [cited 2020 Feb 05]; 17(2):155-159. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-005-1362-x>

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MANUAL CLÍNICO PARA ORIENTAÇÃO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS - 01

Pesquisador: Marilene Loewen Wall

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87650618.9.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.600.089

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "MANUAL CLÍNICO PARA ORIENTAÇÃO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS", pesquisador responsável Profa. Dra. Marilene Loewen Wall –Departamento de Enfermagem, e colaboradora Lindalva Rodrigues da Silva – Acadêmica do Mestrado Profissional em Enfermagem UFPR.

Trata-se de estudo qualitativo com abordagem metodológica. A estrutura da metodologia proposta para o desenvolvimento da pesquisa foi idealizada em cinco etapas: aproximação com o campo de pesquisa, levantamento de dados epidemiológico de mulheres com POP; coleta de informação referente ao nível de conhecimento dos enfermeiros por meio de questionário; seguido da realização de oficinas para construção de manual clínico para orientação ao cuidado de enfermagem as mulheres com prolapso de órgãos pélvicos (POP), em conjunto com os profissionais. Participarão desta pesquisa 39 enfermeiros que atuam na assistência direta ou indireta. O estudo será realizado no Distrito Sanitário Pinheirinho localizado na região sul do município de Curitiba – PR.

Serão critério de inclusão: ser profissional Enfermeiro, lotado na Secretaria Municipal de Saúde; residentes de enfermagem; concordar, voluntariamente, em participar deste estudo. Serão excluídos os profissionais que no momento da pesquisa estiverem afastados do trabalho, como licença prêmio (LP), licença para tratamento de saúde (LTS), licença maternidade, férias, ou por

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.600.089

outros tipos de afastamentos; profissionais de outras áreas assistenciais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Construir um manual clínico para orientação ao cuidado de enfermagem à mulheres com Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP).

Objetivos Específicos:

- a) Realizar levantamento epidemiológico de mulheres com POP, com base nas filas de consulta especializada (Cirurgia Ginecológica, Ginecologia Geral, Ginecologia Incontinência e Urologia Geral), da rede pública, no município de Curitiba.
- b) Identificar qual é o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre o tema.
- c) Sensibilizar os enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados a mulher com POP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "O estudo pode trazer alguns riscos, como o constrangimento ao participar das oficinas ou ao responder o questionário, devido à exposição do participante nas dinâmicas e atividades propostas ou em função da natureza das perguntas, podendo causar algum sentimento de mal estar. Caso isso ocorra, o participante poderá optar por interromper ou mesmo não continuar a pesquisa, sendo necessário somente manifestar sua desistência, sem que isso lhe cause qualquer dano."

Benefícios: "Os benefícios esperados com essa pesquisa são a compreensão e sensibilização por parte dos profissionais em relação assistência às mulheres com POP como atualização e/ou aprimoramento; desencadear reflexões dos profissionais da saúde para a discussão e planejamento da sistematização do cuidado de enfermagem à mulheres com POP, com a construção de um manual clínico para a realização cuidado de enfermagem. Dessa forma, espera-se que essas evidências subsidiem ações para a melhoria da linha de cuidado voltada às mulheres com POP."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa será desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem, possui temática relevante e permitirá o desenvolvimento de um manual clínico para orientação ao cuidado de enfermagem às mulheres com Prolapso de Órgãos Pélvicos, produto fruto de reflexões e discussões que subsidiarão a prática assistencial dos enfermeiros.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados devidamente assinados.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.600.089

Projeto resubmetido devido a erro do sistema Plataforma Brasil que não replicou para o coparticipante.
Projeto anterior: Título da Pesquisa: MANUAL CLÍNICO PARA ORIENTAÇÃO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS
Pesquisador Responsável: Marilene Loewen Wall
CAAE da submissão anterior: 82875518.0.0000.0102.
Idêntico ao Número do Parecer: 2.569.696

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1114350.pdf	13/04/2018 22:51:31		Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_Termo_de_Consentimento_Livr	13/04/2018	LINDALVA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.600.089

Assentimento / Justificativa de Ausência	e_Esclarecido.doc	22:31:10	RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_de_responsabilidades_no_projeto.pdf	13/04/2018 22:30:34	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_para_Utilizacao_de_Dados_de_Arquivo.pdf	13/04/2018 22:29:36	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_para_Inicio_da_Pesquisa.pdf	13/04/2018 22:25:54	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_de_Uso_Especifico_de_Material_e_ou_Dados_Coletados.pdf	13/04/2018 22:24:56	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_de_Tornar_Publicos_os_Resultados.pdf	13/04/2018 22:23:30	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	13/04/2018 22:22:30	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Concordancia_da_Instituicao_Coparticipante.pdf	13/04/2018 22:21:45	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Analise_do_Merito.pdf	13/04/2018 22:20:29	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Ata_de_aprovacao_do_projeto.pdf	13/04/2018 22:19:21	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Oficio_do_pesquisador_encaminhando_o_projeto_ao_CEPSD.pdf	13/04/2018 22:18:36	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_de_ciencia_de_campo_de_pesquisa.pdf	13/04/2018 22:17:43	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Requerimento_para_apreciacao_de_projetos_pelo_CEPSMS.pdf	13/04/2018 22:16:53	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_de_ausencia_de_custos.pdf	13/04/2018 22:13:59	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Check_List.pdf	13/04/2018 22:13:01	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_LINDALVA_RODRIGUES_DA_SILVA_Versao01.doc	13/04/2018 22:11:42	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.600.089

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/04/2018 22:10:21	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	-----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 16 de Abril de 2018

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MANUAL CLÍNICO PARA ORIENTAÇÃO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHERES COM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS - 01

Pesquisador: Marilene Loewen Wall

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87650618.9.3001.0101

Instituição Proponente: Prefeitura Municipal de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.660.695

Apresentação do Projeto:

Conforme apresentado pelos pesquisadores, o interesse por desenvolver esta pesquisa surgiu pela inquietação frente à situação vivida em Unidade Básica de Saúde (UBS), onde muitas vezes realiza-se atendimento a mulheres com Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) e em outro momento existe a demanda de priorizar solicitações de atendimento a consultas especializadas, pois não se tem clareza de uma linha de cuidados de enfermagem que norteasse a consulta à estas mulheres.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Construir um manual clínico para orientação ao cuidado de enfermagem à mulheres com POP.

Objetivos Específicos:

- a) Realizar levantamento epidemiológico de mulheres com POP, com base nas filas de consulta especializada (Cirurgia Ginecológica, Ginecologia Geral, Ginecologia Incontinência e Urologia Geral), da rede pública, no município de Curitiba.
- b) Identificar qual é o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre o tema.
- c) Sensibilizar os enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados a mulher com POP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: constrangimento ao participar das oficinas ou ao responder o questionário, devido à exposição do participante nas dinâmicas e atividades propostas ou em função da natureza das

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.660.695

perguntas, podendo causar algum sentimento de mal estar. Caso isso ocorra, o participante poderá optar por interromper ou mesmo não continuar a pesquisa, sendo necessário somente manifestar sua desistência, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

Benefícios: compreensão e sensibilização por parte dos profissionais em relação à assistência à mulheres com POP como atualização e/ou aprimoramento; desencadear reflexões dos profissionais da saúde para a discussão e planejamento da sistematização do cuidado de enfermagem à mulheres com POP, com a construção de um manual clínico para a realização cuidado de enfermagem. Dessa forma, espera-se que essas evidências subsidiem ações para a melhoria da linha de cuidado voltada à mulheres com POP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como a pesquisa aborda a utilização de insumos não padronizados para SMS, reforça-se a necessidade da profissional em declarar que não possui conflitos de interesses.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados estando em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

Recomendações:

Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações, ou modificações que gerem emendas ao protocolo original, devem ser apresentadas prontamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com nossas Unidades ou Equipes, de posse do Termos de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias com as Chefias locais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto encontra-se em adequação à Res. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do(s) relator(es).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Termo_de_Consentimento_Livre_Esclarecido.doc	13/04/2018 22:31:10	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 2.660.695

Ausência	TCLE_Termo_de_Consentimento_Livre_Esclarecido.doc	13/04/2018 22:31:10	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_de_responsabilidades_no_projeto.pdf	13/04/2018 22:30:34	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_para_Utilizacao_de_Dados_de_Arquivo.pdf	13/04/2018 22:29:36	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_para_Inicio_da_Pesquisa.pdf	13/04/2018 22:25:54	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_de_Uso_Especifico_de_Material_e_ou_Dados_Coletados.pdf	13/04/2018 22:24:56	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_de_Tornar_Publicos_os_Resultados.pdf	13/04/2018 22:23:30	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	13/04/2018 22:22:30	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Concordancia_da_Instituicao_Coparticipante.pdf	13/04/2018 22:21:45	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Analise_do_Merito.pdf	13/04/2018 22:20:29	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Ata_de_aprovacao_do_projeto.pdf	13/04/2018 22:19:21	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Oficio_do_pesquisador_encaminhando_o_projeto_ao_CEPSD.pdf	13/04/2018 22:18:36	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_de_ciencia_de_campo_de_pesquisa.pdf	13/04/2018 22:17:43	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Requerimento_para_apreciacao_de_projetos_pelo_CEPSMS.pdf	13/04/2018 22:16:53	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_de_ausencia_de_custos.pdf	13/04/2018 22:13:59	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	Check_List.pdf	13/04/2018 22:13:01	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_LINDALVA_RODRIGUES_DA_SILVA_Versao01.doc	13/04/2018 22:11:42	LINDALVA RODRIGUES DA SILVA	Aceito

Endereço: Rua Atílio Bório, 680**Bairro:** Cristo Rei**CEP:** 80.050-250**UF:** PR**Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3360-4961**Fax:** (41)3360-4965**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.660.695

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 17 de Maio de 2018

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Atilio Borio, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

ANEXO 3 – PARECER TÉCNICO COREN/PR 2019/003



PARECER TÉCNICO COREN/PR N.º 003/2019

Assunto: Prescrição e inserção de pessários uroginecológicos utilizados para o tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos e incontinência urinária.

1. Do Fato

Solicitação de parecer técnico sobre o trabalho dos profissionais Enfermeiros, especialistas ou não, em realizar prescrição e inserção de pessários uroginecológicos, utilizados para o tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos e incontinência urinária.

2. Fundamentação e Análise

O prolapso de órgão pélvico (POP) é definido como a descida de uma ou mais estruturas da parede vaginal anterior, da parede vaginal posterior, do útero (colo do útero) ou do ápice da vagina (cúpula vagina ou cicatriz do manguito após histerectomia). A presença de qualquer sinal desse tipo deve estar correlacionada com sintomas do POP relevantes. Mais comumente essa correlação ocorreria no nível do hímen ou além (HAYLEN et al, 2010).

O desequilíbrio do assoalho pélvico (do sistema de sustentação e suspensão) pode levar ao POP e, assim, apresentar sintomas como sensação de peso na vagina, dor abdominal, dor lombar, abaulamento vaginal etc.

A etiopatologia inicia com lesão ou alteração nas estruturas do assoalho pélvico, no sistema de sustentação e/ou suspensão; as alterações dessas estruturas propiciam a herniação dos órgãos pélvicos e a localização dessa alteração determina a o tipo de prolapso (SZÓBEL; DAVILA, 2012).

Para a classificação, utiliza-se o sistema POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse*



Quantification), adotado pela *International Continence Society (ICS)*, classificando o prolapso em estágio de 0 a 4 (PERSU, et al., 2011; DIGESU, et al., 2005).

O tratamento conservador é uma opção terapêutica para o POP e para a incontinência urinária e não implica intervenção cirúrgica; compreendendo medidas como inserção de pessários uroginecológicos, exercícios musculares do assoalho pélvico, *biofeedback* (digital, visual, cones/pesos vaginais), estimulação elétrica e alteração do estilo de vida.

Os pessários são dispositivos mecânicos, geralmente de silicone, que podem ser usados para tentar restaurar os órgãos prolapsados (como suporte) à sua posição normal e, assim, aliviar os sintomas (BUGGE et al., 2013; PETERSON; HADDAD, 2015; PINTO, 2017).

Os pessários são usados no POP para suportar fisicamente as paredes vaginais e os órgãos pélvicos que estão por trás deles. É inserido na vagina com o objetivo de segurar os órgãos prolapsados dentro da vagina, apoiando as estruturas pélvicas e aliviar a pressão sobre a bexiga e o intestino (HAY-SMITH et al., 2009; BUGGE et al., 2013). Sua colocação não é invasiva, é de fácil remoção e economicamente acessível.

O Parecer n.º 04/2016/CTAS/COFEN dispõe sobre procedimentos da área de Enfermagem, inciso IV, alínea "b": *São exemplos de tratamento conservador de incontinência urinária e fecal: exercício do assoalho pélvico, eletroestimulação, biofeedback, treino vesical dentre outros [...] Não havendo impeditivo legal para a execução desses procedimentos por profissional Enfermeiro respeitando-se o escopo legal do exercício profissional.*

Importante destacar que a Enfermagem segue regras próprias, amparadas pela Lei do Exercício Profissional n.º 7.498/1986, pelo Decreto regulamentador n.º 94.406/1987 e pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, legislações que enfatizam a atuação da Enfermagem na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde humana, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais

Em consonância com o disposto na Lei n.º 7.498/1986, que regulamenta as atividades de Enfermagem, especialmente no seu artigo 11, inciso I, alínea "f", que



prevê a consulta de Enfermagem como atividade privativa do Enfermeiro, sendo fundamental para a avaliação da paciente.

A SOBEST (Associação Brasileira de Estomaterapia) para a área de abrangência das Incontinências pertinentes ao exercício da estomaterapia, no inciso 3, inclui:

(...) Reeducação do Incontinente

Após avaliação minuciosa, para pacientes com incontinências urinária e/ou anal, ou para estabelecer programa preventivo de incontinências, quando pertinente, o Enfermeiro estomaterapeuta poderá:

Preparar e orientar para a realização de diários vesical e/ou evacuatório, para o embasamento de futuras condutas.

Orientar e implementar o treino vesical e/ou intestinal, com vistas à reeducação do paciente no tocante aos hábitos miccional e evacuatório.

Orientar e implementar o cateterismo vesical intermitente limpo, preparando o paciente para o autocuidado, ou treinando o seu cuidador, quando indicado.

Implementar o cateterismo vesical de demora, bem como o uso de equipamentos adequados, quando indicado.

Orientar e realizar programa de **exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico**, com vistas à obtenção da continência urinária e/ou anal.

Realizar programa de biofeedback, para propiciar ao paciente o reconhecimento das estruturas anatômicas a serem fortalecidas, por ocasião da realização de exercícios perineais.

Orientar e realizar programa de uso de cones vaginais, com vistas ao reconhecimento e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.

Realizar terapia de eletroestimulação para fortalecimento de musculatura do assoalho pélvico, com o uso de eletrodos de superfície, probes endovaginais ou endoanais, quando necessário.

Avaliar, implementar e orientar a **utilização de pessários vaginais para a correção de prolapso de órgão pélvico**, quando indicado.

Avaliar, implementar e orientar a utilização de plug anal para a melhora da continência anal, quando indicado.

Avaliar, implementar e orientar a utilização de demais equipamentos disponíveis no mercado, com vistas a melhorar a continência urinária e/ou anal e seu impacto na qualidade de vida dos clientes por elas acometidos.




Realização de Exame Urodinâmico (desde que possua certificação em curso reconhecido pela International Continence Society - ICS), quando integrada à equipe de cuidado a pacientes incontinentes, desde que obtenha os pré-requisitos técnico-científicos para tanto, estabelecidos pela SOBEST.


3. Da Conclusão

Diante do exposto conclui-se que o Enfermeiro, especialista ou não, está apto a realização da prescrição e inserção de pessário uroginecológico, desde que tenha sido capacitado, treinado e tenha desenvolvido habilidade para efetivar uma avaliação clínica da paciente para a adequação do dispositivo, assim como identificação de alterações vaginais e cuidados associados. Da mesma forma, ele poderá se recusar a fazê-lo se não se sentir capaz de realizar tal procedimento, visando assegurar uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, conforme previsto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

É o parecer.

Curitiba, 28 de janeiro de 2019


Lindalva Rodrigues da Silva
Colaboradora


Maria Cristina Paganini
Conselheira


Gisela Maria Assis
Colaboradora