



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

CINGRID RAIANE GARCIA

**TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO ASSOCIADO AO
USO DE PESSÁRIO EM PACIENTES COM
PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS**

ARIQUEMES-RO
2015

Cingrid Raiane Garcia

**TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO ASSOCIADO AO
USO DE PESSÁRIO EM PACIENTES COM
PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharelado em Fisioterapia.

Orientadora: Prof. Ms. Flaviany Alves Braga.

ARIQUEMES-RO
2015

Cingrid Raiane Garcia

**TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO ASSOCIADO AO
USO DE PESSÁRIO EM PACIENTES COM
PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharelado em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Ms. Flaviany Alves Braga.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA.

Prof. Ms. Pérsia Menz.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA.

Prof. Esp. Lirianara Facco Souza.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

Ariquemes, 27 de Novembro de 2015.

Dedico este trabalho á minha mãe, meu anjo da guarda que hoje já não se encontra entre nós.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus por ter me permitido e me dado forças para finalizar essa etapa tão importante da minha vida, mesmo com as dificuldades pelo caminho.

Agradeço a minha falecida mãe por ter me incentivado tanto em vida a seguir com meus estudos, me mostrando o quanto era importante, sei que ficaria muito orgulhosa.

Agradeço em especial a Dra. Maria José de Oliveira Vidigal pelo incentivo e por estar presente todos esses anos em minha vida quando ninguém mais estava. Sem você nada disso seria possível.

Agradeço meu namorado Anderson Luis Kreuz Santin pela paciência e por nunca ter me deixado desistir, pelas noites em claro e pelos vários finais de semana que passamos em casa para que este trabalho fosse concluído.

Agradeço a meu irmão Charles Iago Garcia pelo carinho e por sempre me incentivar.

Agradeço a toda família Kreuz e Santin em especial aos meus sogros Marli Terezinha Kreuz e Jorge Luis Santin, por terem me acolhido em sua casa, pelo carinho e preocupação, vocês são parte essencial para a finalização desta etapa tão importante em minha vida.

Agradeço a minhas irmãs de coração Priscila Akemi e Vanessa Ayumi que tornaram possível meus primeiros anos de faculdade, pelo acolhimento e todo o carinho.

Agradeço as minhas colegas de trabalho Silvia Araujo e Celita Rosa pelo carinho e suporte emocional, vocês são muito importantes para mim.

Agradeço a Luara Carvalho, Wanessa Ribeiro, Nielly Cristiny, Suellem Becária e Nayara Sinigaglia, pessoas estas que foram minhas colegas de sala que se tornaram amigas para vida, onde me apoiaram durante esses cinco anos.

Por fim agradeço a minha professora orientadora Flaviany Alves Braga, por me ajudar no desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso.

“Cada sonho que você deixa para trás é um pedaço do seu futuro que deixa de existir.”

Steve Jobs

RESUMO

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é o descimento parcial ou total de um ou mais órgãos, sendo classificados em diversos graus. O POP é causado pelo desequilíbrio das forças responsáveis por manter os órgãos pélvicos em suas posições normais. Os POP podem atingir cerca de 40% das mulheres, levando a um constrangimento e restrição social. Atualmente é uma das principais causas de cirurgias ginecológicas. O tratamento do prolapso pode ser cirúrgico ou conservador. O tratamento conservador consiste no fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico e uso de pessários vaginais. Pessário é um dispositivo colocado na vagina para suportar as paredes vaginais ou prolapso, têm a vantagem de ser minimamente invasiva, e proporcionam alívio imediato dos sintomas, apresentando uma alta taxa de sucesso e taxa mínima de complicação. O objetivo deste presente estudo é descrever o tratamento fisioterapêutico associado ao uso de pessário em pacientes com prolapso dos órgãos pélvicos. Esse estudo foi baseado em artigos científicos disponíveis em bancos de dados indexados, como: plataformas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), United States National Library of Medicine, National Institutes Health (Pubmed), Google Acadêmico e livros do acervo da Biblioteca Júlio Bordignon – FAEMA. As pesquisas realizadas mostram que os pessários são uma opção de tratamento atual que melhoram a qualidade de vida das pacientes portadoras de POP, porém infere-se a necessidade de elaboração de estudos sobre o assunto, por ser um método atual e mais utilizado fora do Brasil ainda há falta de informações para as pacientes portadoras de Prolapso.

Palavras-chave: Prolapso de órgãos pélvicos, fisioterapia e pessários.

ABSTRACT

The pelvic organ prolapse (POP) is the partial or total displacement of one or more organs, being classified in different degrees. The POP is caused by the imbalance of the forces responsible for keeping the pelvic organs in their normal positions. The POP may reach about 40% of women, leading to embarrassment and social restriction. It is currently a leading cause of gynecological surgeries. Treatment of prolapse can be surgical or conservative. Conservative treatment consists in strengthening the pelvic floor muscles and use of vaginal pessaries. Pessary is a device placed in the vagina to support the vaginal prolapse or walls, have the advantage of being minimally invasive and provide immediate relief of symptoms, with a high success rate and minimum rate of complication. The aim of this study is to describe physical therapy associated with the use of pessary in patients with prolapse of pelvic organs. This study was based on scientific papers available in indexed databases, such as: Virtual Library platforms in Health (BVS), United States National Library of Medicine, National Institutes Health (Pubmed), Google Scholar and books of Julius Library Bordignon collection - FAEMA. Research shows that pessaries a current treatment option that improve the quality of life of women with POP patients, however it is inferred the need to conduct studies on the subject, as a current method and most widely used outside of Brazil there is still lack of information for patients with prolapse.

Keywords: Pelvic Organ Prolapse, physiotherapy and pessaries.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Músculos do assoalho pélvico, vista superior.....	17
Figura 2	– Grande cistocele.....	20
Figura 3	– Uretrocele com cistocele moderada.....	20
Figura 4	– Enterocele com retocele e prolapso uterino.....	21
Figura 5	– Grande retocele.....	21
Figura 6	– Medições usadas no sistema POP- Q.....	23
Figura 7	– Medições usadas no sistema POP-Q.....	23
Figura 8	– Estágios do prolapso de cúpula vaginal, respectivamente grau I, II, III e IV.....	24
Figura 9	– A: Esquema de eversão completa da vagina (estagio IV). B: Suporte pélvico normal (estagio 0).....	25
Figura 10	– Pessário Anel.....	36
Figura 11	– Pessário Anel com suporte.....	36
Figura 12	– Pessário <i>Gehrung</i>	36
Figura 13	– Pessário <i>Gellhorn</i>	36
Figura 14	– Pessário <i>Shatz</i>	37
Figura 15	– Pessário <i>Donut</i>	37
Figura 16	– Pessário <i>Cube</i>	38
Figura 17	– Pessário <i>Inflatoball</i>	38
Figura 18	– Ilustração da medição digital, para auxilia na escolha do pessário.....	39
Figura 19	– Colocação do pessário.....	40
Figura 20	– Pessário bem posicionado.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUS	Sociedade Americana de Uroginecologia
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DECS	Descritores em Ciência da Saúde
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
POP	Prolapso dos Órgãos Pélvicos
POP-Q	<i>Pelvic Organ Prolapse Quantification</i>
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SGS	Sociedade de Cirurgiões Ginecológicos
SIC	Sociedade Internacional de Continência

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3. METODOLOGIA.....	14
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
4.1 PROLAPSO DE ORGÃOS PÉLVICOS (POP).....	15
4.1.1 Assoalho pélvico.....	15
4.1.2 Fisiopatologia.....	17
4.1.3 Sinais e sintomas.....	19
4.1.4 Tipos de prolapsos	19
4.1.5 Avaliação dos prolapsos.....	21
4.2 TRATAMENTO CIRÚRGICO.....	25
4.3 TRATAMENTO CONSERVADOR	27
4.3.1 Cinesioterapia.....	28
4.3.2 Biofeedback.....	30
4.3.3 Estimulação elétrica.....	30
4.3.4 Cones vaginais	31
4.3.5 Intervenção no estilo de vida	31
4.4 PESSÁRIOS	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	44

INTRODUÇÃO

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é o descaimento parcial ou total em sentido caudal de um ou mais órgãos, ocorrendo em diversos graus (SANTOS, 2013).

Caracterizado pelo desequilíbrio das forças responsáveis por manter os órgãos pélvicos em suas posições normais. O prolapso é mais comum em mulheres com idade avançada devido a deficiência do estrogênio e do envelhecimento, ligados ao relaxamento das estruturas do assoalho pélvico (KNORST et al., 2012).

De acordo com Santos (2013) a história familiar, parto normal com uso de fórceps, obesidade, cirurgias prévias ginecológicas e alterações na produção do colágeno também são considerados fatores de risco para o desenvolvimento do POP.

Os POP podem atingir cerca de 40% das mulheres, especialmente em mulheres múltiparas, com idade avançada e de raça branca (SILVA FILHO et al., 2013).

Segundo Gonçalves (2012) o tratamento do POP é pouco valorizado. Uma a cada três mulheres, incluindo todas as idades, apresentam algum grau de prolapso, em mulheres acima de 60 anos, 60% tem POP, levando a um constrangimento e restrição social.

Atualmente é uma das principais causas de cirurgias ginecológicas, e comumente é associada ao descaimento de mais de um órgão como, por exemplo, bexiga e reto. O tratamento do prolapso pode ser cirúrgico ou conservador, levando em consideração o grau do mesmo. A intervenção do fisioterapeuta é indispensável mesmo no tratamento cirúrgico, sendo necessário intervir 3 meses antes e 6 meses após o procedimento cirúrgico. O tratamento conservador consiste no fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico e uso de pessários vaginais (OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

Pessário é um dispositivo colocado na vagina para suportar as paredes vaginais ou prolapso, têm a vantagem de ser minimamente invasiva, e proporcionam alívio imediato dos sintomas. Apresentam uma alta taxa de sucesso e taxa mínima de complicação para o tratamento do prolapso. Quando equipado com sucesso, eles estão associados com grande satisfação do paciente, sendo considerado como

tratamento de primeira linha para todas as mulheres que apresentam POP (ROBERT, et al., 2013).

Um levantamento realizado com os membros da Sociedade Americana de Uroginecologia (*American Urogynecologic Society – AUGS*) revelou que 75% dos médicos cirurgiões indicam pessários como terapia de primeira linha para o POP em pacientes com comorbidades patogênicas, risco cirúrgico de alto grau, em pacientes que ainda desejam engravidar, como medida provisória antes da cirurgia e pacientes que recusam o procedimento cirúrgico (THAKAR, 2014).

Justifica-se este estudo o acréscimo de conhecimento científico sobre o tratamento conservador fisioterapêutico no prolapso de órgãos pélvicos em variados graus associado ao uso de pessários vaginais em pacientes que não podem ou não pretendem se submeter ao tratamento cirúrgico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o tratamento fisioterapêutico associado ao uso de pessário em pacientes com prolapso dos órgãos pélvicos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a anatomia do assoalho pélvico;
- Discorrer sobre o prolapso dos órgãos pélvicos;
- Relacionar os tipos de pessários existentes e as formas de utilização;
- Compreender a atuação fisioterapêutica em pacientes com prolapso dos órgãos pélvicos.

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de revisão de literatura do tipo descritiva, que objetiva esclarecer sobre o tema proposto. Esse estudo foi baseado em artigos científicos disponíveis em bancos de dados indexados, como: plataformas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *United States National Library of Medicine*, *National Institutes Health* (Pubmed), Google Acadêmico e livros do acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente de Ariquemes-RO, utilizando os seguintes Descritores em Ciência e Saúde (DeCS), respectivamente: Prolapso de Órgão Pélvico, Fisioterapia e Pessários.

Critérios de inclusão estabelecidos para esta pesquisa foram publicações integras com acesso livre, nos idiomas português e inglês do período de 2005 a 2015 e critérios de exclusão foram os artigos que não se encontrassem de acesso livre publicados nas fontes indexadoras, os que não eram relevantes para a pesquisa e os que estavam em outros idiomas diferentes das línguas portuguesa e inglesa.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PELVICOS

O Prolapso dos órgãos pélvicos é o deslocamento caudal dos órgãos pélvicos da sua anatomia natural através do orifício vaginal (GONÇALVES, 2012; SANTOS, 2013; OLIVEIRA; CARVALHO, 2007; PINHEIRO et al., 2012).

Segundo a sociedade internacional de continência (ICS), prolapso dos órgãos pélvicos é a descida de pelo menos uma dessas estruturas: Parede vaginal anterior, parede vaginal posterior ou ápice da vagina (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA, 2011; MASCARENHAS, 2010; RAMOS, 2014).

O POP é uma condição constrangedora e debilitante, podendo ocorrer em uma a cada três mulheres considerando todas as idades e em 60% das mulheres com mais de 60 anos (GONÇALVES, 2012).

O POP é comum ocorrendo em 50% das mulheres multíparas, embora 2% das mulheres nulíparas apresentarem algum grau de prolapso, sendo que 11,1% das mulheres serão submetidas à correção cirúrgica em alguma fase de suas vidas, com uma taxa de reoperação de até 30% (MASCARENHAS, 2010).

Cerca de 23,5% a 49,4% da população feminina possui POP, esses valores podem variar muito devido a falta da padronização dos métodos de avaliação, apesar do POP-Q ser o mais utilizado atualmente. (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA 2011).

4.1.1 Assoalho pélvico

A pelve forma a parte inferior do tronco, é constituída pelo osso íliaco que é formado através da fusão de três ossos: o ílio, o púbis e o ísquio, que anteriormente se articulam entre si e posteriormente se articulam com o sacro. As paredes ósseas da cavidade pélvica afinam-se formando um funil. Em geral a pelve feminina é mais curta e mais larga que a masculina (BARACHO, 2007).

Os órgãos pélvicos ficam localizados dentro da cavidade pélvica, estes são: bexiga, útero e reto, estes órgãos estão envolvidos por uma camada de tecido

musculo-fibroso, que os seguram e os conectam a parede. As fâscias e os ligamentos têm a função de estabilizar e suspender estes órgãos em sua posição anatômica normal. Quando há um aumento da pressão intra-abdominal cabe a estes músculos a função de sustentação em repouso desses órgãos (RAMOS, 2014).

A bexiga é um órgão muscular oco, de grande complacência que fica localizado a frente do útero, sua função é armazenar a urina que será eliminada pelos ureteres (RAMOS, 2014).

O útero é um órgão de paredes espessas, que fica localizado entre a bexiga e o reto e tem o formato de uma pera invertida. Ele pode ser dividido anatomicamente em partes: o fundo, o corpo e o istmo que liga o corpo ao colo do útero. Este órgão tem como principal função, abrigar e nutrir o feto, tendo a capacidade de aumentar e diminuir de tamanho durante a gestação (BARACHO, 2007).

O reto é a continuação do colo sigmoide, segmento inferior do intestino grosso, e sua porção estreitada chamada de canal anal, atravessa obliquamente a pelve, está localizado posterior ao útero (BARACHO, 2007).

O assoalho pélvico é todo o conjunto de músculos, nervos, ligamentos e tecido conjuntivo que dão estabilidade e sustentação dos órgãos pélvicos (SANTOS, 2013).

Os músculos do assoalho pélvico (Figura 1) encontram-se divididos em três planos: superficial, constituído pelo isquicavernoso, bulboesponjoso, transverso superficial, esfíncter externo do ânus e músculo constritor da vulva. O plano intermédio é constituído pelo esfíncter externo da uretra e músculo transverso profundo. O plano profundo é formado pelos músculos levantador do ânus e coccígeo também conhecido como diafragma pélvico (GONÇALVES, 2012).

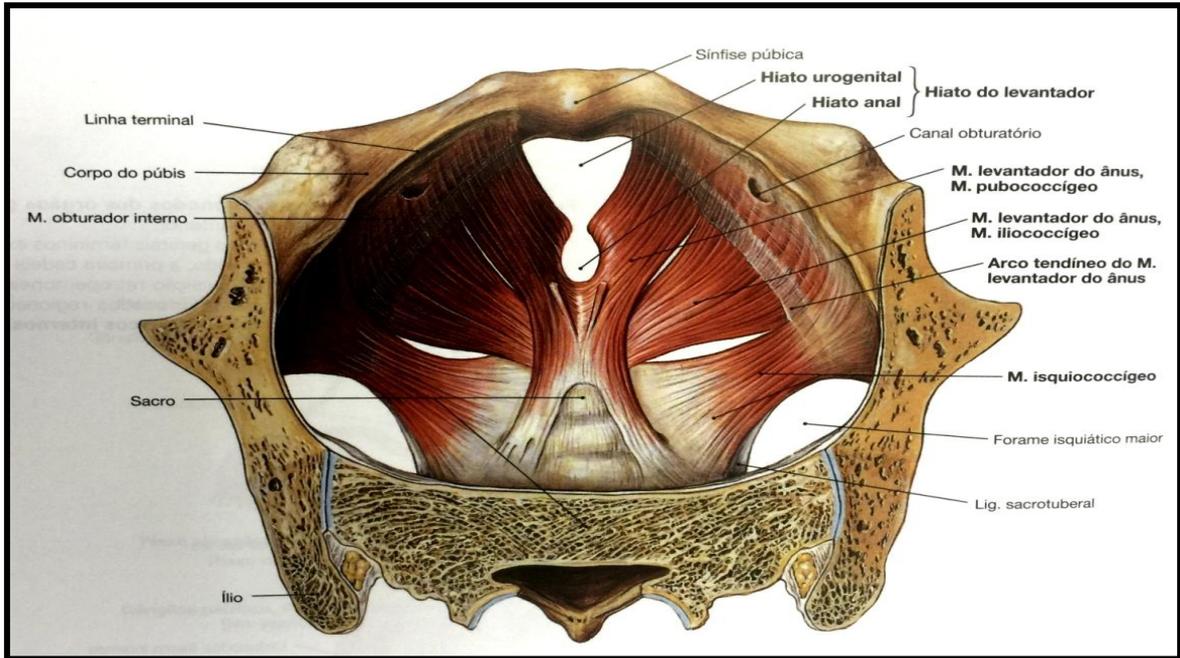


Figura 1 – Músculos do assoalho pélvico, vista superior.

Fonte: SOBOTTA, 2012.

4.1.2 Fisiopatologia

A interação dinâmica entre os ossos, as camadas, ação dos músculos, fáscias e ligamentos promovem o suporte adequado e a função fisiológica normal do reto, vagina, uretra e bexiga, mantendo os órgãos pélvicos posicionados, quando há um desequilíbrio em alguma estrutura do assoalho pélvico pode ocorrer o prolapso dos órgãos pélvicos (GONÇALVES, 2012; MASCARENHAS, 2010; SANTOS, 2013; POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA, 2011; OLIVEIRA; CARVALHO, 2007; SILVA FILHO, 2013; KNORST, 2012; RESENDE et al., 2010).

Resende et al., (2010) realizam um estudo de revisão bibliográfica de 2008 a 2009, onde destaca a forte correlação entre defeitos e fraqueza dos músculos perineais como o agravante do prolapso de órgão pélvico. Os resultados obtidos mostram que as mulheres com POP tem diminuição da força de fechamento vaginal durante a contração da musculatura do assoalho pélvico.

Existem fatores pré disponentes dos POP que não interferem na sua prevenção, pois não podem ser alterados, sendo eles: sexo, raça, idade, alterações anatômicas, neurológicas, musculares ou do colágeno, causas ambientais ou culturais. Fatores incitantes como lesão nervosa, muscular ou do tecido por trauma

pélvico, parto, radiação ou cirurgias prévias pouco podem ser evitadas. Apenas os fatores promotores podem ser contidos, evitando assim o POP, sendo eles: tabagismo, doenças pulmonares, aumento da pressão intra-abdominal, constipação, atividade física, infecção, medicamentos e menopausa. Existem fatores descompensadores como idade, comorbidades e demências que podem ser responsáveis pelo aparecimento dos sintomas. (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA, 2011; MASCARENHAS, 2010; SANTOS, 2013; OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

Alguns estudos sugerem fatores relacionados ao desenvolvimento dos POP, sendo eles: O defeito da parede posterior aos sintomas de defecação obstrutiva ou vice e versa. Relação entre a cirurgia de histerectomia ou outra cirurgia pélvica, aumentando consideravelmente o risco de desenvolvimento do POP. A incontinência urinária de esforço e o POP, associados a predisposição genética, distúrbios do tecido conjuntivo e fatores ambientais. Acometimento mais comum em mulheres caucasianas e hispânicas quando comparada as africanas e americanas. Parto vaginal e a paridade estão relacionadas ao aumento do risco do desenvolvimento posterior do POP, sendo a cesariana associada a diminuição do risco de morbidade do pavimento pélvico. (MASCARENHAS, 2010).

Em relação à população brasileira os fatores de risco inclui: pelo menos um parto normal, macrossomia fetal e história familiar de POP (SANTOS, 2013).

Segundo Oliveira e Carvalho (2007), existe uma variabilidade individual considerável de fatores a predisposição do prolapso e essa condição parece se desenvolver progressivamente.

Pode se considerar o POP um importante problema de saúde pública, pois a população de idosos é alta e a morbidade proporcionada pelo POP é considerável, sendo o tratamento de altíssimo custo (SANTOS, 2013).

Uma revisão bibliográfica americana mostrou que entre 1990 e 2008 foram realizadas mais de 200 mil cirurgias/ano nos EUA, com o risco de reintervenção em 30% dos casos, comprovando a complexidade e dificuldade do tratamento desta patologia (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA, 2011).

Apesar do desenvolvimento tecnológico na área de imagiologia, o diagnóstico do POP é feito através da história clínica e exame físico da paciente (GONÇALVES, 2012; MASCARENHAS, 2010).

A fisiopatologia do POP compõe alterações do suporte muscular e ligamentar do pavimento pélvico podem dar origem à descida das paredes vaginais e POP: bexiga (cistocele), uretra (uretrocele), útero (histerocele), reto (retocele), intestino delgado (enterocele). Pode ser comum a descida demais de um órgão (MASCARENHAS, 2010).

4.1.3 Sinais e sintomas

O POP não é uma condição ginecológica que ameaça a vida da paciente, porem interfere diretamente na qualidade de vida das mulheres, causando limitações físicas, sociais, ocupacionais e sexuais (SILVA FILHO, 2013).

Os sintomas podem ser variados, sendo frequentemente referida sensação de peso pélvico, desconforto ou dor abdominal, pélvico, vaginal, perineal ou lombar, sensação de massa/corpo estranho intravaginal ou exteriorização vulvar, incontinência urinaria, retenção urinaria, urgência miccional, incontinência fecal ou incompleto esvaziamento intestinal, dor hipogástrica e dificuldade na relação sexual. Quando o prolapso é crônico sem tratamento a paciente pode apresentar úlceras de pressão no colo do útero exposto (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA, 2011; SANTOS, 2013; MASCARENHAS, 2010; OLIVEIRA; CARVALHO, 2007; ATNIP; O'DELL, 2012).

O tratamento para o POP deverá ser reservado em mulheres assintomáticas ou ligeiramente sintomáticas, sendo necessárias avaliações periódicas. As opções terapêuticas incluem tratamento conservador e cirúrgico. A escolha do tratamento mais adequado depende da gravidade do prolapso, dos sintomas apresentados pela paciente e pelo estado geral da paciente (MASCARENHAS, 2010).

4.1.4 Tipos de prolapso

O Prolapso é frequentemente classificado em três grupos: defeitos da parede vaginal anterior (cistocele e uretrocele) (Figura 2 e 3) (MASCARENHAS, 2010; OLIVEIRA; CARVALHO, 2007; SMITH, 2004).

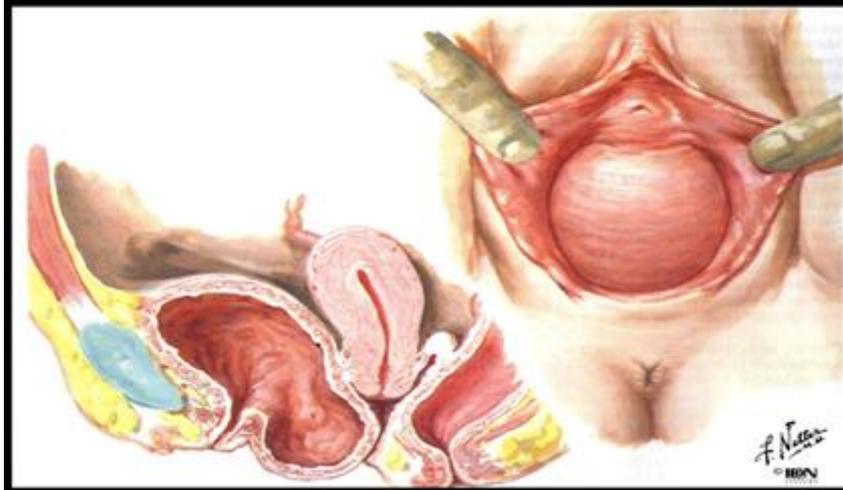


Figura 2 – Grande cistocele.

Fonte: SMITH, 2004.

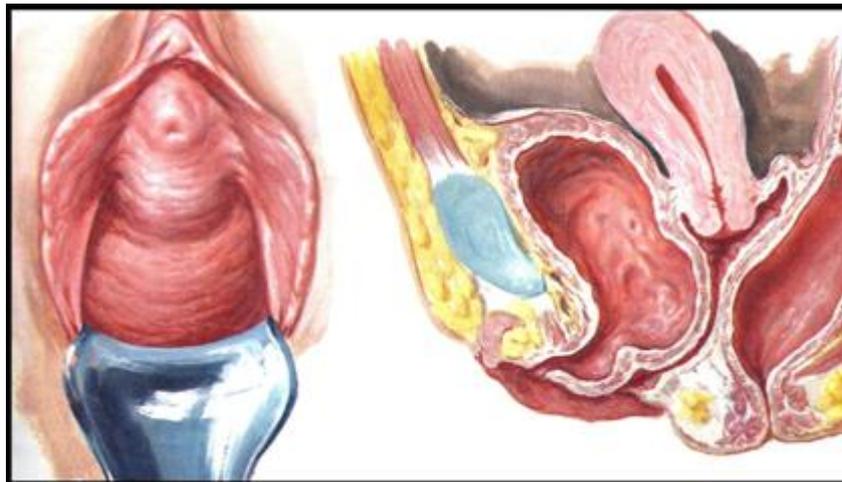


Figura 3 – Uretrocele com cistocele moderada.

Fonte: SMITH, 2004.

Defeitos vaginais posteriores (enterocele e retocele) (Figura 4 e 5) e defeitos vaginais apicais (prolapso uterovaginal e de cúpula vaginal pós histerectomia) (MASCARENHAS, 2010; OLIVEIRA; CARVALHO, 2007; SMITH, 2004).

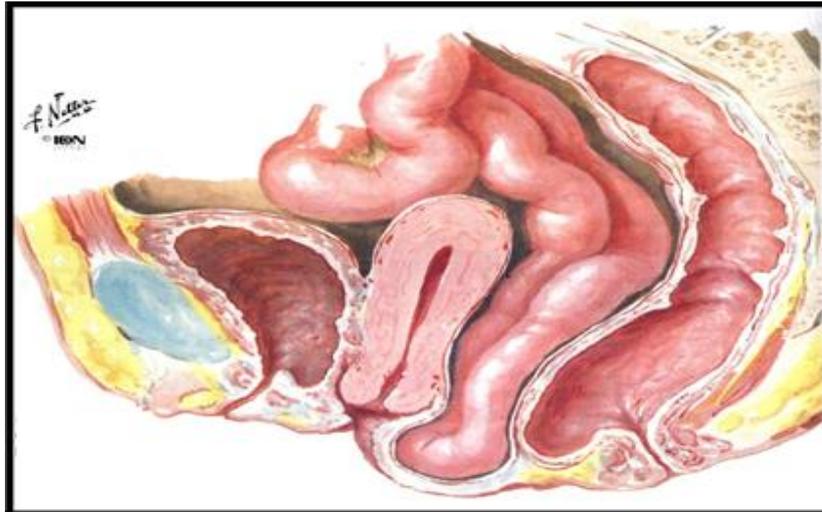


Figura 4 – Enterocele com retrocele e prolapso uterino.

Fonte: SMITH, 2004.

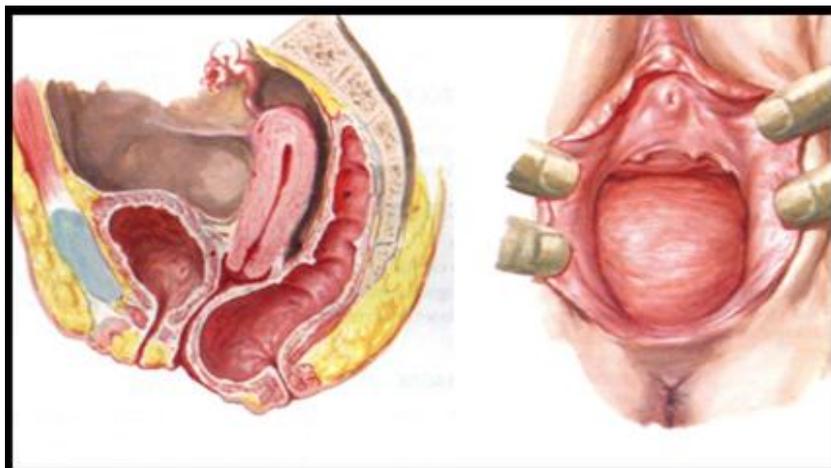


Figura 5 – Grande retrocele.

Fonte: SMITH, 2004.

O prolapso de cúpula vaginal acomete de 0,2 a 42% das mulheres que foram submetidas a histerectomia por via vaginal ou abdominal, levando a descida da parede pelo canal vaginal (BARACAT; LIMA, 2005).

4.1.5 Avaliação dos prolapso

A utilização dos termos, cistocele, uretrocele, retrocele e enterocele descritos em graus ou tamanhos (pequena, moderada ou grande), terceiro ou quarto grau

podem significar coisas diferentes para diferentes pessoas. A necessidade de padronização entre os profissionais do campo levou a criação de um grupo de trabalho de investigadores internacionais, que produziu o *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POP-Q). Em 1993 a Sociedade Internacional de Continência (ICS), Sociedade Americana de Uroginecologia (AUGS) e a Sociedade de Cirurgiões Ginecológicos (SGS) após várias pequenas revisões, foi então publicado em 1996 a classificação de Bump (POP-Q) (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA, 2011; MASCARENHAS, 2010).

O atual sistema de avaliação do POP é o POP-Q, padronizando o anel himenal como a referência anatômica para a medida do prolapso (SANTOS, 2013).

A paciente é colocada em posição de litotomia e realiza um esforço abdominal (manobra de valsava) quando necessário. O prolapso de cada sequência é avaliado e mensurado em relação ao hímen (não introito), pois este é uma estrutura anatômica fácil de identificação e fixa. Os seis pontos anatômicos definidos quando obtidos em centímetros acima do hímen (números positivos), abaixo do hímen (números negativos) e na altura do hímen considerado Ponto Zero. As denominações cistocele e retocele/ enterocele são substituídos por prolapso anterior e posterior da parede vaginal, respectivamente (FREITAS et al., 2006; MASCARENHAS, 2010; OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

Os pontos são definidos como: **Aa** – Ponto fixo na linha media, da parede vaginal anterior, 3 cm proximal ao meato uretral, em relação ao hímen em prolapso máximo é medida sendo, -3 nas pacientes com suporte perfeito e +3 quando completamente prolapsado. **Ba** – Ponto flutuante, está entre Aa e C, que apresenta menor prolapso para a tensão máxima. No caso de o suporte pélvico não estar danificado, Ba é igual a Aa. Quando existe prolapso completo, Ba é igual a C. **Ap** – Ponto fixo na linha media da parede vaginal posterior, a 3 cm do hímen. Sua relação com o hímen, durante a manobra de valsalva, é medida sendo, -3 na ausência do prolapso e +3 para o prolapso completo. **Bp** – Ponto flutuante identificado do mesmo modo que o ponto Ba mas relativamente a parede posterior, pelo que se localiza entre Ap e C. **C** – Extremidade, do colo do útero ou da cúpula vaginal mais suspensa em pacientes com prolapso pós hysterectomia. **D** – Refere-se ao fundo do saco posterior, em pacientes que ainda tem o colo do útero. **TVL** – Comprimento vaginal total. **GH** – Distância entre a linha media posterior do hímen e

o meio do meato uretral. **PB** – Distância entre a linha media posterior do hímen e a abertura anal (Figura 6 e 7) (GONÇALVES, 2012).

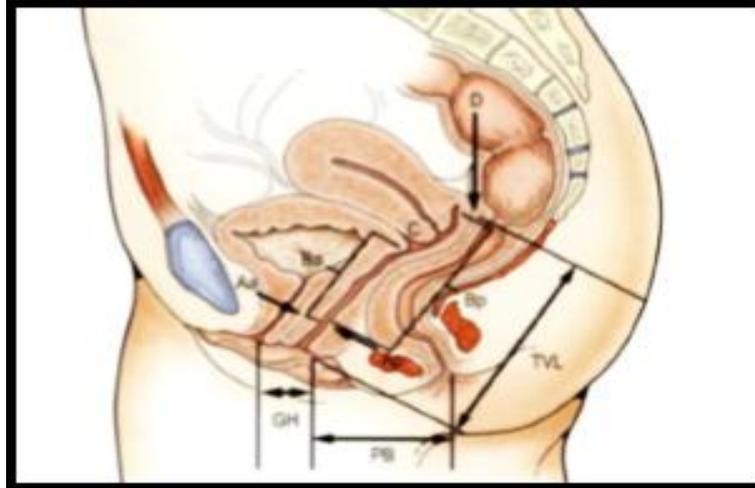


Figura 6 – Medições usadas no sistema POP- Q.

Fonte: GONÇALVES, 2012.

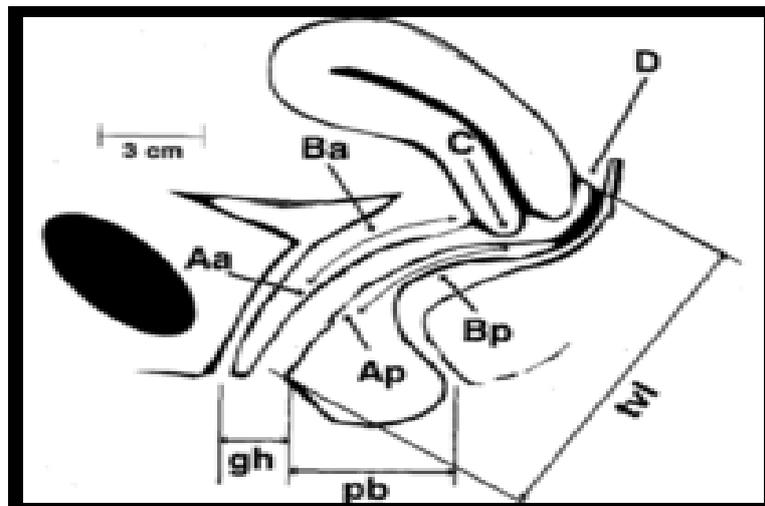


Figura 7 – Medições usadas no sistema POP-Q.

Fonte: SANTOS, 2013.

A partir dessas medições é possível a qualificação dos estágios, 0, I, II, III, IV (Figura 8). O estágio 0 corresponde ao suporte pélvico perfeito, sem descida das estruturas durante manobra de valsalva, é indicado quando Aa, Ba, Ap e Bp são iguais a -3 e a diferença entre TVL e C é menor ou igual a 2 cm. No estágio I há presença de prolapso mais nenhum ponto está mais baixo do que 1 cm acima do

hímen. Esse estágio é definido quando qualquer valor dos pontos Aa, Ba, Ap, Bp ou C é superior a -1 (MASCARENHAS, 2010; SANTOS, 2013).

O estágio II ocorre quando a parte mais distal do prolapso se encontra a 1 cm abaixo ou acima do hímen. O estágio III é quando a parte mais distal do prolapso se encontra a mais de 1 cm abaixo do hímen, mas a diferença entre TVL e C é superior a 2 cm, ainda não é uma eversão vaginal completa, por fim o estágio IV corresponde a uma diferença entre TVL e C menor do que 2 cm, indicando eversão vaginal completa (GONÇALVES, 2012; OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

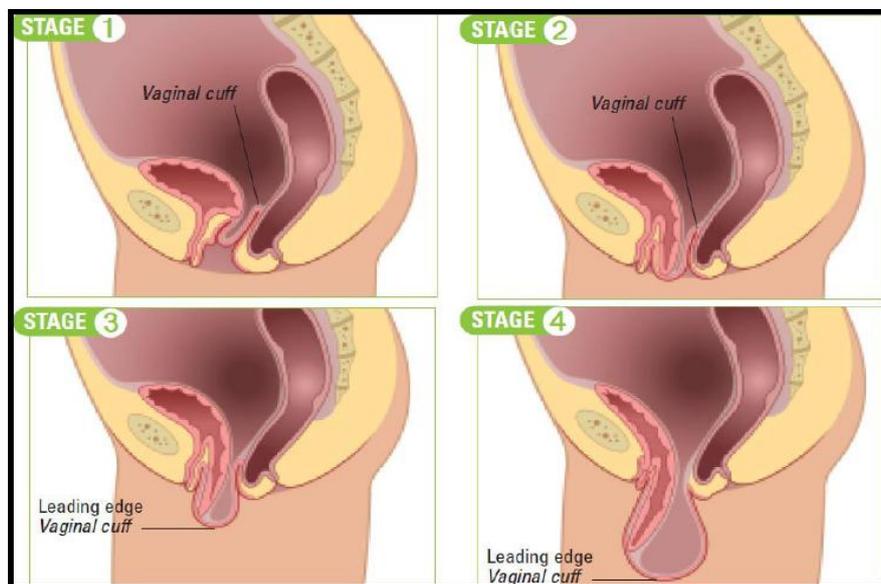


Figura 8 – Estágios do prolapso de cúpula vaginal, respectivamente grau I, II, III e IV.

Fonte: SANTOS, 2013.

A Figura 09 exemplifica na imagem A: Esquema de eversão completa da vagina (estágio IV) e em B: Suporte pélvico normal (estágio 0). Em A: Esquema de eversão completa da vagina (estágio IV) os pontos C, Ba e Bp estão na mesma posição +8 e os pontos Aa, Ap estão em máxima posição distal. Já em B: Suporte pélvico normal (estágio 0). Os pontos Aa e Ba e os pontos Ap e Bp estão na mesma posição -3. O ponto mais baixo do colo está a 8 cm acima do hímen -8 e o ponto D está a 10 cm acima do hímen -10. O TVL é de 10 cm e o GH e o PB medem 2 e 3 respectivamente. (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA, 2011).

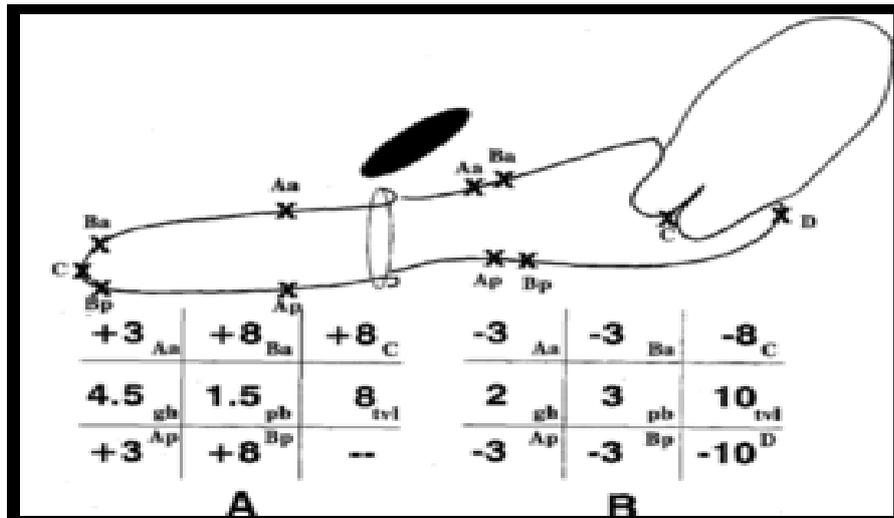


Figura 9 – A: Esquema de eversão completa da vagina (estagio IV),
B: Suporte pélvico normal (estagio 0).

Fonte: POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA, 2011.

O tratamento do prolapso pode ser cirúrgico ou conservador, levando em consideração o grau do mesmo. A intervenção do fisioterapeuta é indispensável mesmo no tratamento cirúrgico. O tratamento conservador consiste no fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico e uso de pessários vaginais (OLIVEIRA e CARVALHO, 2007).

4.2 TRATAMENTO CIRURGICO

O principal objetivo da reconstrução cirúrgica é restaurar a anatomia e as funções viscerais dos sistemas urinário e gastrointestinal baixos, restaurar e manter a capacidade sexual ativa e futura, visando resultados a longo prazo, conservando o mais próximo possível do nível normal (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA, 2011; GONÇALVES, 2012; MASCARENHAS, 2010; SANTOS, 2013; OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

Hoje em dia existem mais de uma centena de técnicas cirúrgicas descritas para correção do POP, cabe ao cirurgião ginecologista escolher a técnica mais adequada ao seu paciente (FREITAS et al., 2006).

A cirurgia representa a melhor opção de tratamento, porém a taxa de recorrência pode chegar a 34,6%. Os fatores que aumentam as chances de recorrência são: o grau do POP, quanto maior, máxima é a chance de recorrência, atrofia genital (status hormonal), aumento da pressão intra-abdominal e fatores constitucionais (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA 2011).

As cirurgias usando implantes proteicos de redes sintéticas (mais frequente de polipropileno), em cirurgias de reconstrução, vêm crescendo devido aos bons resultados apresentados e oferecem pequena porcentagem de erro, quando comparadas as que utilizam próprio tecido da paciente reforçando ou substituindo o tecido natural. As cirurgias podem ser classificadas de acordo com o compartimento envolvido (anterior, apical ou posterior) e de acordo com sua abordagem (vaginal e abdominal) (GONÇALVES, 2012; MASCARENHAS, 2010).

O defeito da parede anterior (cistocele) é o mais comum, uma revisão da Cochrane de 2008 relata que o uso de próteses de materiais inabsorvíveis na parede anterior tem se mostrado eficiente principalmente nos grandes POP com 85,5% de sucesso. O uso de telas para correção da parede posterior está ligado com aumento de complicações e recidivas (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA 2011).

A vagina deve ser fixada em uma estrutura pélvica estável, como um ligamento ou uma fásia existente. Alguns exemplos de estruturas de fixação incluem: o ligamento sacrotuberoso, ligamento sacroespinhoso, ligamento sacrouterino, fásia endopélvica e o músculo iliocóceo (SANTOS, 2013).

Geralmente a correção dos prolapso de parede vaginal anterior e posterior e correção apical são realizadas por via vaginal. Em casos especiais de mulheres com alto risco de complicação cirúrgica e não desejam ter relação sexual, é proposto a colpoclese, para correção de qualquer tipo de POP, realizando o encerramento da vagina, porém a cirurgia obliterativa de encerramento é realizada somente em mulheres que aceitam o isolamento vagina (MASCARENHAS, 2010).

A retirada do útero (histerectomia) pode ser realizada dependendo da satisfação reprodutiva da paciente, do grau do prolapso e das condições de morbidade. O prolapso de cúpula vaginal pós histerectomia tem incidência em 11,6% nas pacientes que já possuíam POP e pode aparecer em 1,8% das mulheres que operaram sem histórico de POP (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA, 2011).

A cirurgia simultânea de POP e incontinência urinária são comuns, apesar de algumas mulheres não apresentarem sintomas, podem ter uma incontinência urinária oculta que poderá ser desencadeada após a cirurgia de correção do POP isolada. A paciente deve então ser informada da possibilidade da correção simultânea e os benefícios de uma cirurgia profilática anti-incontinência (MASCARENHAS, 2010).

O seguimento pós-cirúrgicos é feito através de avaliações subjetivas, o que a paciente relata, avaliações objetivas, feitas pelo médico utilizando o POP-Q, e avaliações periódicas, após 6 semanas, 3 meses, 6 meses, 1 e 2 anos (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA, 2011).

Os resultados do procedimento cirúrgico de reconstrução pode ser influenciado por fatores como, estado hormonal, presença de fibrose e cicatrizes de infecções ou cirurgias prévias, exposição a radiação, doença pulmonar crônica, fumo, constipação intestinal, obesidade, hábitos ou hobbies tais como levantamento de peso, e desnervação pélvica (OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

O tratamento do prolapso pode variar de acordo com o grau do mesmo. A fisioterapia pode atuar como tratamento conservador e também como pré-operatório 3 meses antes da cirurgia e 6 meses depois dela, promovendo inúmeros benefícios para as portadoras de POP, bem como diminuindo a morbidade causada pela mesma (OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

A idéia de se indicar a fisioterapia adjuvante ou não a cirurgia é baseada no fato de que a cirurgia para correção do POP não cura a disfunção que pode ter originado o POP (SILVA FILHO, 2013).

Estudos sobre terapia conservadora para POP por pessários, fisioterapia e mudanças no estilo de vida poderiam ser úteis na comparação com o tratamento cirúrgico (CÂNDIDO et al., 2012).

4.3 TRATAMENTO CONSERVADOR

O tratamento conservador, não é uma abordagem curativa e sim uma forma de eliminar os sintomas e melhorar a qualidade de vida, e inclui uso de pessários para diminuição do prolapso, exercícios da musculatura pélvica e eliminação dos fatores agravantes (SANTOS, 2013).

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

Tem sido observado por alguns pesquisadores que o assoalho pélvico integro é importante mesmo em pacientes que já foram submetidos à cirurgia de correção do POP, visto que a diminuição da força dos músculos perineais esta associada as recidivas de POP , em contrapartida, músculos tonificados diminuem a recorrência de nova cirurgia (RESENDE et al., 2010).

A função normal dos músculos do assoalho pélvico é definida como a capacidade de realizar uma contração normal ou forte e presença de contração involuntária, realizando um “fechamento circular da vagina, uretra e anus”. Na pratica diária cerca de 30 a 50% das mulheres não são capazes de contrair seus músculos perineais quando isso lhes é solicitado, portanto cabe ao fisioterapeuta despertar na paciente a propriocepção dessa região (PINHEIRO et al., 2012).

A intervenção fisioterapêutica em POP de primeiro grau é recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em um documento de 1999. Na intervenção fisioterapêutico, os exercícios de reabilitação do assoalho pélvico, cones vaginais, eletroestimulação elétrica e *biofeedback*, são recursos utilizados conjuntamente (OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

4.3.1 Cinesioterapia

A fisioterapia é oferecida por muitos centros como forma de tratamento, trabalhando a musculatura pélvica. As indicações do 4th *International Consultation on Incontinence* são que: Os exercícios de fortalecimento muscular do assoalho pélvico podem prevenir ou retardar a deterioração do prolapso anterior e ajudam a melhorar os sintomas. Os exercícios realizados no pré e pós-operatório podem ajudar a melhorar a qualidade de vida e os sintomas urinários nas mulheres submetidas à cirurgia de prolapso (MASCARENHAS, 2010).

Os exercícios agem aumentando a força muscular usando contração durante o aumento da pressão abdominal diariamente (LIMA, et al., 2012)

Uma revisão da Cochrane publicada em 2011, relata que já há evidências atuais que comprovam que a reabilitação da musculatura do assoalho pélvico tem efeitos positivos nos sintomas e na gravidade do prolapso. A realização de 6 meses de tratamento supervisionado por fisioterapeuta mostrou benefícios anatômicos e sintomatológicos (SILVA FILHO, 2013).

Estudos mostram que pacientes que foram acompanhadas pelo fisioterapeuta tiveram melhores resultados no tratamento do que as que apenas foram instruídas a realizar os exercícios sozinhas e a maioria dos pacientes se consideram satisfeitos com o resultado do tratamento fisioterapêutico (RAMOS, 2014).

Oliveira e Carvalho (2007) complementam ainda que um programa para casa sem orientação de um profissional, frequentemente é insuficiente e não terá sucesso.

No tratamento fisioterapêutico os exercícios do assoalho pélvico, *biofeedback*, cones vaginais e estimulação elétrica são recursos utilizados conjuntamente. O aumento do interesse to tratamento fisioterapêutico, deve-se ao conhecimento atual por parte das mulheres e o custo cirúrgico (OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

Deve se iniciar o tratamento fisioterapêutico com explicações do que são e para que servem a musculatura pélvica, visualização através de desenhos e posterior uso de espelho para a paciente identifica-los nela mesma (PINHEIRO et al., 2012).

Os exercícios descritos por Kegel em 1940 destinava-se a promoção da conscientização, elaboração das funções musculares e aprendizado do seu controle (PINHEIRO et al., 2012).

Os exercícios de Kegel consistem na contração muscular consciente feita diariamente. As pacientes são orientadas e ensinadas a manter a contração por 3 segundos e relaxar pelo mesmo tempo, a medida que a musculatura vai fortalecendo vai se aumentando o tempo. São associadas técnicas como *biofeedback* e estimulação elétrica. (GONÇALVES, 2012).

Recomendações como, beber muito líquido, urinar não mais do que 1 vez a cada 2 h, comer alimentos ricos em fibras, evitar álcool e cafeína, suprimir a tosse quando necessário e evitar levantamento de peso, podem aumentar a efetividade dos exercícios de Kegel (OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

De acordo com Ramos (2014), os exercícios de Kegel não existem, é na verdade um sinônimo de cinesioterapia perineal, pois não há uma sequência, quantidade, intensidade ou frequência de exercícios descritos por Kegel. Segundo a autora é impreciso e insuficiente falar para a paciente fazer tais exercícios, é preciso que haja uma avaliação para definir o tratamento mais adequado e um acompanhamento especializado durante o tratamento e os exercícios ainda podem ser associados a movimentos de báscula, exercícios hipopressivos, *biofeedback*, eletroestimulação, entre outros.

O objetivo da cinesioterapia é reforçar e melhorar os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos, hipertrofiando principalmente as fibras musculares estriadas do assoalho pélvico (PINHEIRO et al., 2012).

Não há um consenso na literatura sobre parâmetros como número de contrações, tempo de contração, frequência e duração do tratamento para reabilitação dos músculos do assoalho pélvico. As controversas ocorrem por causa das diferenças anatômicas e funcionais de cada mulher (SILVA FILHO, 2013).

4.3.2 Biofeedback

O *biofeedback* tem a vantagem de fornecer um guia acústico e visual no momento de uma ação que permite uma correção do movimento ou adaptação, esta técnica abrange o sistema cognitivo o que facilita o aprendizado da contração e relaxamento corretos da musculatura do períneo. (RAMOS, 2014; OLIVEIRA; CARVALHO, 2007; SILVA FILHO, 2013).

Pode ser realizado através de uma sonda vaginal ou anal que podem identificar a contração através da variação da força, da pressão ou da eletromiografia, a palpação também pode ser uma forma de *biofeedback* (RAMOS, 2014).

4.3.3 Estimulação elétrica

A eletroestimulação utiliza pulsos elétricos que excitam nervos periféricos e o tecido muscular promovendo a contração da musculatura lisa e estriada; a escolha

da corrente deve se basear no objetivo do tratamento respeitando a neurofisiologia muscular, para a reabilitação perineal é utilizado correntes de baixa frequência ou interferencial modulada em baixa frequência, sempre correntes apolares para evitar a despolarização da célula e lesões cutâneas (RAMOS, 2014).

Os benefícios da eletroestimulação são: hipertrofia muscular pélvica, aumento do reflexo inibitório vesical, reinervação do assoalho pélvico e melhor recrutamento das fibras musculares (OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

4.3.4 Cones vaginais

Os cones vaginais são do mesmo formato e tamanho porem com pesos diferentes, peças de 20g, 32g, 45g, 57g, 70g. A paciente inicia o tratamento com o cone mais pesado que consiga segurar e gradualmente evolui para o cone mais pesado. O cone é introduzido na vagina como se fosse um tampão e a paciente deve realizar exercícios em ortostatismo para que o peso seja sustentado pela musculatura do períneo (RAMOS, 2014; OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

Nos casos dos POP severos e moderados, o cone deve ser utilizado com precaução, pois pode resultar na retenção do cone ou alternativamente fazer com que ele saia, em ambos os casos os músculos não são exercitados (OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

4.3.5 Intervenção no estilo de vida

O tratamento conservador deve ser feito também através da intervenção do estilo de vida de cada paciente, a perda de peso em pacientes obesas, diminuição de atividades que aumentam a pressão intra-abdominal exarcebando assim o prolapso (por ex. tosse crônica, elevação de peso), tratar obstipação intestinal. Essas intervenções procuram diminuir a pressão exercida sobre o períneo, evitando assim o agravamento do prolapso (MASCARENHAS, 2010).

Os pessários são uma opção não cirúrgica de tratamento para os POP em graus mais avançados, 3 e 4, dando suporte as estruturas pélvicas, utilizado em

pacientes sintomáticas que não possuem condições cirúrgicas e em pacientes que recusam o procedimento cirúrgico (POLCHEIRA; SOUZA; POLCHEIRA, 2011).

4.4 PESSÁRIOS

Os pessários são componentes de silicone de uso ginecológico e urológico. São recomendados nos casos de prolapso de órgãos pélvicos quando a cirurgia não puder ser contemplada (MEDICAL, 2015).

São frequentemente usados quando a paciente tem forte preferência por tratamento não cirúrgico do prolapso ou quando seu risco cirúrgico é elevado, significando alta morbimortalidade (LIMA et al., 2012).

Quando inserido o pessário na vagina, ele atua segurando o prolapso proporcionando assim o alívio dos sintomas. O objetivo dos pessários é suportar as estruturas pélvicas. Existem vários tipos de pessários com formatos e medidas diferentes (MASCARENHAS, 2010).

Devido ao fato da vida média ter alcançado idade mais avançada, o uso do pessário se tornou mais rotineiro, a fim de evitar problemas mais graves com repetidas cirurgias (MEDICAL, 2015).

O pessário oferece uma opção segura, não cirúrgica para o tratamento do POP, tem como objetivo diminuir os sintomas e retardar a necessidade cirúrgica. Podem ser utilizados em períodos de 2 a 12 meses ou por tempo indeterminado (THAKAR, 2014).

Os pessários são indicados nos casos em que as estruturas perineais necessitam de suporte muscular adicional como no prolapso de órgãos pélvicos grau I, II e III, prolapso total, prolapso de cúpula vaginal e incontinência urinária relacionada com flacidez das estruturas musculares de suporte perineal e que não suportem cirurgia corretiva (MEDICAL, 2015).

São indicados também para prolapso neonatal, flatos vaginais e para controlar os sintomas de incontinência e prolapso durante a gestação (THAKAR, 2014).

A utilização temporária de um pessário pode aliviar os sintomas, proporcionando uma melhor qualidade de vida para as mulheres que pretendem adiar a cirurgia devido à carreira profissional ou familiares que são prioridades, ou

para as mulheres que foram aconselhados a adiar a reconstrução vaginal até ter sua prole definida (ATNIP; O'DELL, 2012).

Pessários são utilizados nos Estados Unidos há mais de 70 anos (1937), na época, produzidos de látex. Atualmente, são isentos de efeitos colaterais locais, pois o silicone é muito bem aceito pelo organismo humano (MEDICAL, 2015).

Os pessários modernos são feitos de silicone, porém podem ser feitos também de acrílico, borracha e látex. Os de silicone são mais utilizados pelas vantagens que levam sobre os outros materiais, ele é flexível, maleável, de longa duração, não absorvente, antialérgico, lavável e esterilizável (ATNIP; O'DELL, 2012).

Um levantamento feito pela Sociedade Americana de Uroginecologia (AUGS) mostrou que 75% dos médicos membros da sociedade utilizaram pessários como primeira linha de terapia para o POP (THAKAR, 2014).

Estudos recentes concluíram que a maioria das mulheres utilizaram com sucesso o pessário, com taxas de sucesso de redução de POP que variam de 63% a 86% (ATNIP; O'DELL, 2012).

Com o pessário adequado, uma mulher sexualmente ativa tem algumas opções. O pessário pode ser removido para a relação sexual, pela mulher ou pelo seu parceiro. Se ela prefere deixar o pessário no lugar, alguns modelos (por exemplo, pessário anel) são mais propensos a ser confortável para ambos os parceiros durante a relação sexual. (ATNIP; O'DELL, 2012).

Além disso, os mesmos autores em um estudo descobriram que as mulheres sexualmente ativas eram mais propensas a continuar o uso do pessário em comparação com mulheres que não eram sexualmente ativas.

Tradicionalmente os pessários tem sido indicado para as pacientes com comorbidades, condições médicas desfavoráveis, que desejam ter filhos e que querem evitar a cirurgia; apesar da indicação ser para as mulheres inaptas a cirurgia, ou fatores agravantes, os pessários são uma opção viável de tratamento para a maioria das mulheres na gestão inicial do POP (THAKAR, 2014).

Um estudo observou uma melhoria significativa de POP em 19 mulheres após um ano de uso pessários, sugerindo um efeito terapêutico relacionado com a utilização de um pessário de suporte. (ATNIP; O'DELL, 2012).

Além do mais, os autores acima citados na observação de mulheres que usaram pessários por três meses, teve como resultado a diminuição do canal vaginal, levando os autores a postular que a utilização do pessário permite a

recuperação dos músculos do assoalho pélvico; e em outra pequena série de casos o prolapso regrediu ao normal após uma duração média de uso de pessário por 27,5 meses e permaneceu estável por 42 meses de acompanhamento.

Os pessários podem ser divididos em dois grupos: suporte e de preenchimento (Quadro 1) (LIMA, et al., 2012).

Pessários e suas indicações		
Tipo de pessário:	Modelo:	Indicação:
Pessário de suporte	Anel	Todos os tipos e estágios de prolapso
Pessário de suporte	Gehring	Cistocele e Retocele
Pessário de preenchimento	Gellhorn	Prolapsos avançados
Pessário de preenchimento	Shaatz	Prolapsos avançados
Pessário de preenchimento	Donut	Prolapsos avançados
Pessário de preenchimento	Cube	Prolapsos avançados
Pessário de preenchimento	Inflatoball	Todos os tipos e estágios de prolapso

Quadro 1 – Pessários e suas indicações.

Fonte: Adaptado de THAKAR, 2014.

Como não há nenhuma indicação específica para os variados tipos de pessários, a sua escolha é baseada na prática e margem de erro (THAKAR, 2014; MASCARENHAS, 2010).

O pessário para suporte usa um mecanismo que repousa no fórnice posterior e contra a porção posterior da sínfise púbica, similar ao diafragma contraceptivo. Eles são eficazes em mulheres com prolapsos estágios III e IV, e quando ajustado de maneira apropriada, o dispositivo deve situar-se atrás da sínfise púbica anteriormente e atrás da cérvix posteriormente (LIMA, et al., 2012).

Pessários para preenchimento mantêm sua posição ao gerar um vácuo entre o pessário e as paredes vaginais (um cubo), criando um diâmetro maior que o hiato vaginal (um biscoito, tipo *Donut*) ou por meio de ambos os mecanismos (um *Gellhorn*). São usados para prolapso estágios II e IV e para procidência completa (LIMA, et al., 2012).

A escolha do modelo sempre poderá suscitar dúvidas. Os pessários mais usados são os modelos *Dunut* e anel. Nos casos de prolapso de órgão pélvico de III e IV graus, poderá ser tentado, de início o *Dunut*, e o anel para os casos de grau II e III, mas sempre sem absoluta certeza, somente após a sua aplicação é que o resultado poderá ser observado. Outros modelos como o *cube* e o *Gellhorn* também poderão ser usados se o *Dunut* e o anel não resolverem o problema (MEDICAL, 2015).

Geralmente é aceito que o pessário de anel deva ser a primeira escolha pela facilidade de inserção e remoção e baixo custo. Estudos revelam que o pessário anel é bem-sucedido nos prolapso grau I e II, mas para graus mais avançados os pessários *Gellhorn* foi mais eficaz (THAKAR, 2014).

Para escolha do pessário deve ser levado em consideração: se a paciente é sexualmente ativa, o tipo e o estágio do prolapso, capacidade do paciente de retirar e colocar sozinho o pessário, verificar força da mão e a capacidade de atingir a vagina, comprometimento de realizar acompanhamento profissional. (THAKAR, 2014).

Thakar (2014) afirma ainda, que as contraindicações do uso de pessário incluem: atrofia genital ou estreitamento vaginal grave, sangramento vaginal não diagnosticado, corrimento vaginal e incapacidade de cumprir com o seguimento terapêutico.

O modelo de pessário no formato Anel (Figura 10) é muito utilizado nos casos de prolapso genital de vários graus. É produzido com silicone, são isentos de látex, sendo muito fáceis de manipular, tanto na inserção como na remoção. Suas limitações se prendem ao fato relacionado com a pressão intra-abdominal, pois poderão ser expulsos facilmente nos casos de grande flacidez muscular e obesidade. Quando isso ocorrer, o anel com suporte (Figura 11) poderá vir em auxílio, visto que suportará maior pressão intra-abdominal (MEDICAL, 2015).

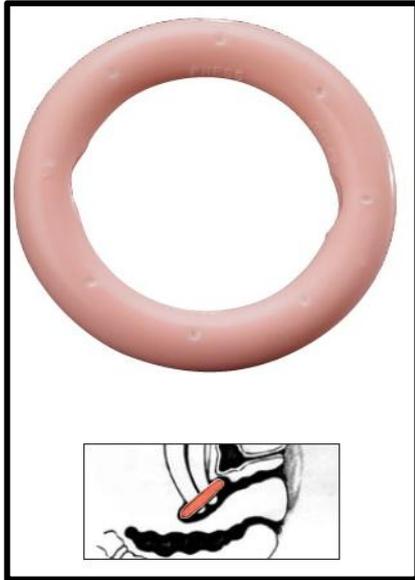


Figura 10 – Pessário Anel.

Fonte: MEDIPLUS, 2015.



Figura 11 – Pessário Anel com suporte.

Fonte: MEDIPLUS, 2015.

O pessário *Gehrung* (Figura 12) é de fácil manipulação devido a sua flexibilidade. O *Gellhorn* (Figura 13) devido a sua haste, a inserção e remoção tornam-se relativamente mais fáceis.

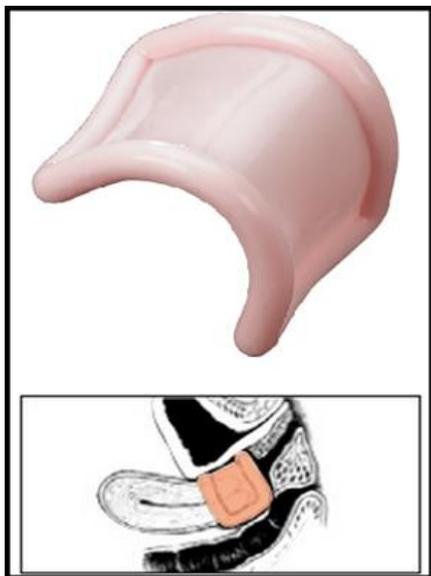


Figura 12 – Pessário *Gehrung*.

Fonte: MEDIPLUS, 2015.

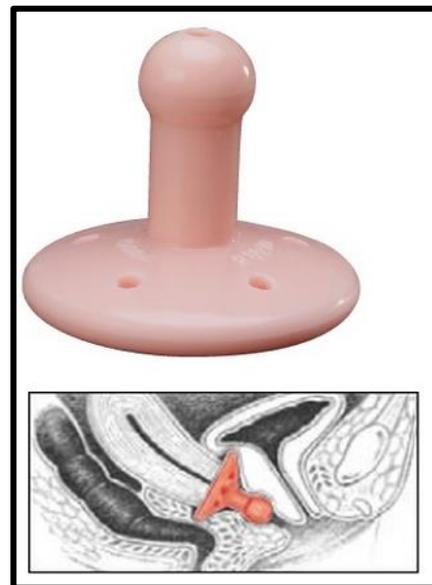


Figura 13 – Pessário *Gellhorn*.

Fonte: MEDIPLUS, 2015.

O modelo *Shaatz* (Figura 14) é produzido com silicone e isento de látex. Possui seis orifícios que poderão drenar eventuais secreções. O modelo *Donut*

(Figura 15) é assim chamado pela semelhança que possui com a "rosquinha" americana em formato de argola. É um dos mais usados e resolve a maioria dos prolapso genitais sejam eles uterinos ou de cúpula vaginal (MEDICAL, 2015).

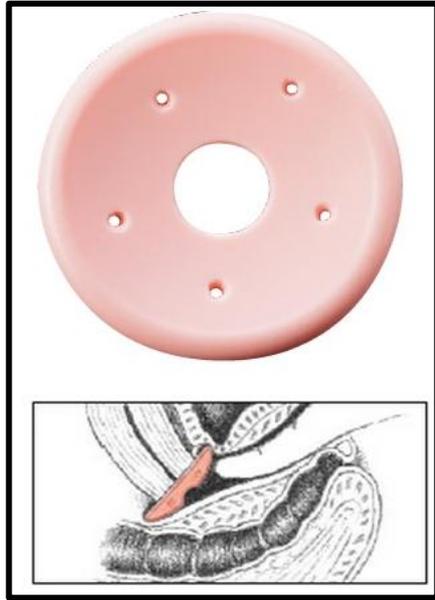


Figura 14 – Pessário *Shaatz*.

Fonte: MEDIPLUS, 2015.



Figura 15 – Pessário *Donut*.

Fonte: MEDIPLUS, 2015.

O pessário modelo *Cube* (Figura 16) possui o formato cubóide tendo, portanto, seis faces. Essas faces não são lisas, mas côncavas, o que causa uma aderência maior na mucosa vaginal devido à sucção possui também o modelo com furos para drenagem de secreções. Por esse motivo o *Cube* deve ser removido diariamente. Está indicado quando os outros pessários não forem tolerados (expulsos) (MEDICAL, 2015).

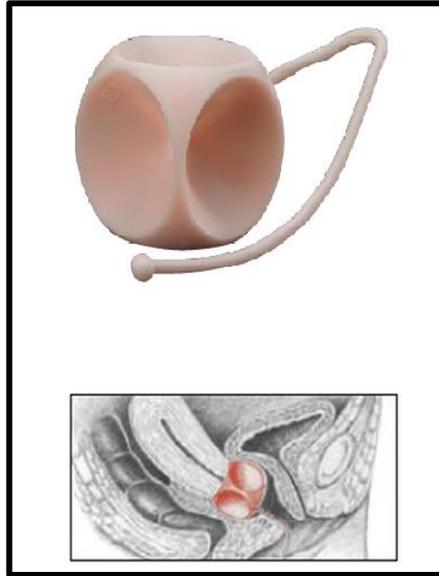


Figura 16 – Pessário *Cube*.

Fonte: MEDIPLUS, 2015.

O *Inflatoball* (Figura 17) é um "Donut" inflável. Poderá ser ajustado ao tamanho e à elasticidade vaginais. Por este motivo o pessário também necessita ser removido diariamente devido à pressão que produz sobre a mucosa vaginal (MEDICAL, 2015).

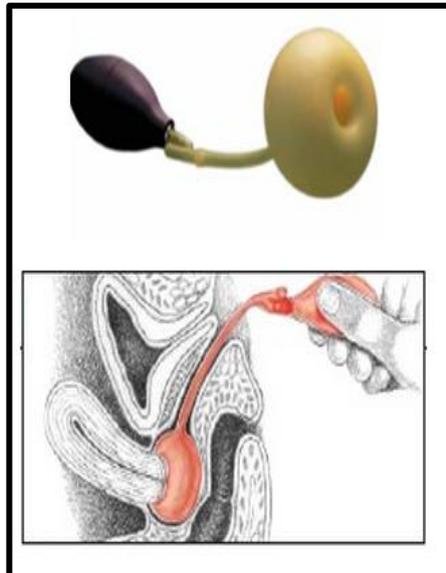


Figura 17 – Pessário *Inflatoball*.

Fonte: MEDIPLUS, 2015.

Além da melhora dos sintomas do prolapso pode se observar melhora da função da bexiga, intestino, função sexual e qualidade de vida em pacientes que utilizam pessários (THAKAR, 2014).

Após escolhido o modelo, deverá ser decidido o tamanho (diâmetro) do pessário. Fundamentalmente o tamanho é escolhido após o exame ginecológico e o toque bi-digital, observando o diâmetro do introito, o trofismo vaginal e o diâmetro virtual do fundo vaginal ao estender ao máximo o dedo indicador e o médio (Figura 18). Por esse motivo a aplicação de um pessário é sempre por tentativas, havendo necessidade de o profissional possuir no mínimo, dois ou três tamanhos diferentes (MEDICAL, 2015).

Para obter a medida ideal para o pessário o profissional deve primeiramente realizar um exame manual medindo assim o comprimento da vagina, do saco posterior e da sínfise púbica. Logo após deve ser medida a largura vaginal, com os dedos médios horizontalmente em direção ao colo do útero. A combinação dessas medidas permite a escolha do pessário mais adequado para a paciente (THAKAR, 2014).

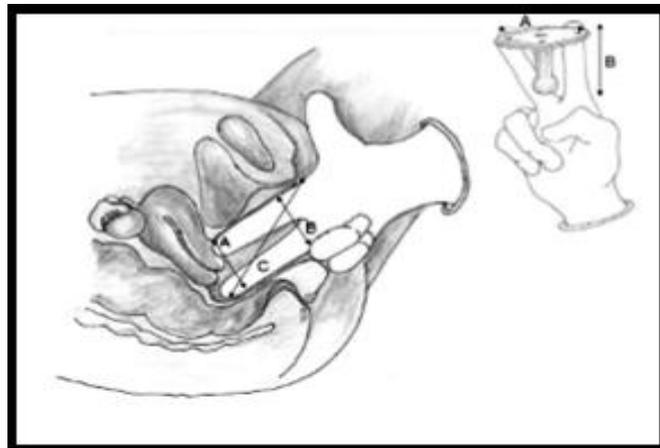


Figura 18 – Ilustração da medição digital.

Fonte: ATNIP; O'DELL, 2012.

A colocação é sempre realizada em posição ginecológica. Untar o pessário com gel lubrificante. Com a mão esquerda entreabrir os lábios e com a mão direita pressionar o pessário procurando diminuir seu diâmetro. Firmemente inserir o pessário até o fundo vaginal e rotá-lo para que a sua posição seja transversal ao eixo longitudinal da vagina (Figura 19) (MEDICAL, 2015).

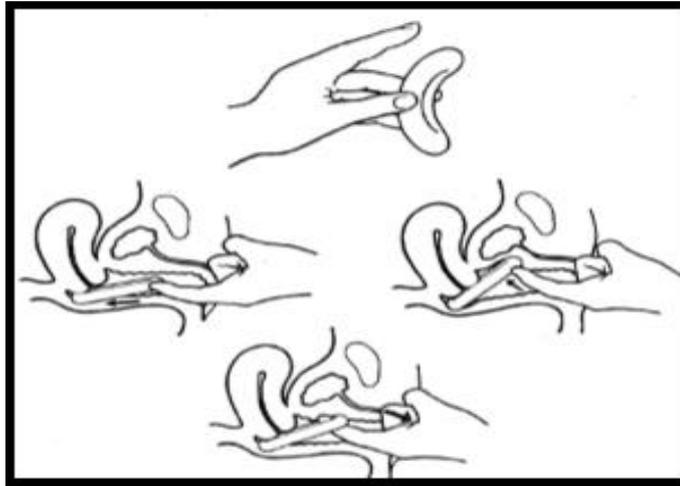


Figura 19 – Colocação do pessário.

Fonte: ROBERT et al. 2013.

Após a inserção deve ser analisado se não há expulsão do pessário, paciente de cócoras e manobra de valsalva são métodos de avaliação. O pessário não pode exercer muita força pois pode causar retenção urinária, e não deve ser frouxo, permitindo a entrada de um dedo do profissional tocando o pessário em torno do mesmo (THAKAR, 2014).

Todos os pessários bem posicionados poderão permanecer de 7 a 10 dias na vagina (Figura 20) com exceção do *cube* e do *inflatobal* que deverão ser removidos diariamente. Para remover, instrua a paciente para ficar de cócoras a fim de aumentar a pressão intra-abdominal e forçar o pessário para baixo, colocando o dedo médio para alcançá-lo e tracioná-lo para fora. Quando esta posição for muito incômoda devido à artrose dos joelhos, duas outras maneiras poderão facilitar a sua remoção: a) recomende à paciente colocar uma das pernas sobre uma cadeira e com a mão contralateral remover o pessário curvando-se levemente para frente; b) recomende uma cadeira pequena cujo acento foi removido. Ela poderá sentar e alcançar o pessário por baixo (MEDICAL, 2015).

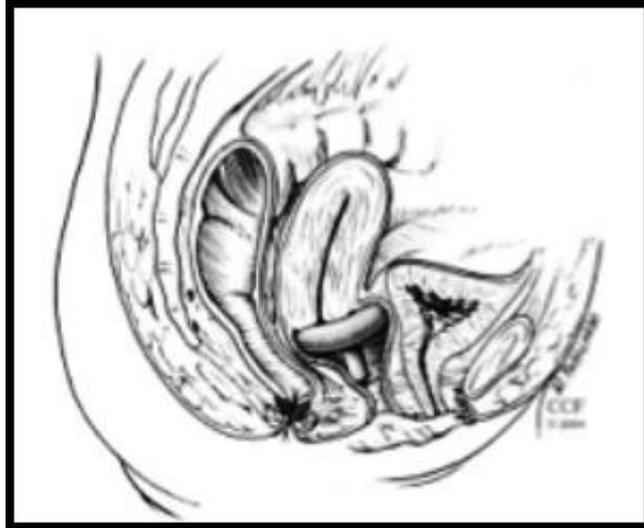


Figura 20 – Pessário bem posicionado

Fonte: ATNIP; O'DELL, 2012

Complicações são raras, pode ocorrer sangramento, erosão e dor, verificar o tamanho do pessário e o uso de lubrificantes pode prevenir essas complicações (LIMA, et al., 2012).

A paciente deve ser informada sobre riscos de complicações, deve ser orientada e entregue folheto explicativo. A mudança do pessário regularmente deve ser destacada. Devem ser realizadas inspeções periódicas para avaliar se há escoriações ou ulcerações (THAKAR, 2014).

As orientações que deverão ser feitas a paciente são: ter cuidado especial nas primeiras 48 horas para que o pessário não caia no vaso sanitário, pois poderá ser expulso com o esforço intestinal. Oriente para removê-lo a cada 7 ou 10 dias. Uma vez removido, o pessário deverá ser lavado muito bem com água e sabão, colocando-o a seguir em cuba de vidro contendo 500 ml de água mineral sem gás adicionada de duas a três colheres de vinagre branco (ácido acético a 2%), permanecendo ali durante a noite. Na manhã seguinte enxaguar e secar o pessário e recolocá-lo untando-o com gel, agora na posição deitada e com as pernas fletidas. Orientar sobre a importância de manter o trofismo vaginal adequado com creme a base de estrógenos ou no caso de alteração da flora. (MEDICAL, 2015).

Mulheres menopausadas deve ter acompanhamento médico para reposição hormonal (THAKAR, 2014).

Usar um creme vaginal indicado para o momento. Informar à paciente para relatar se observar corrimento e ou sangramento mesmo que seja róseo (MEDICAL, 2015).

De três a cinco dias após a inserção, a paciente deverá ser examinada para confirmar-se de que não há corrimento vaginal ou leve sangramento róseo. Posteriormente a revisão deverá ocorrer após duas a três semanas e, a seguir, a cada três meses e em cada visita observar com atenção para ulceração da parede vaginal causada por uso demasiadamente prolongado. As pacientes se sentem tão bem que não admitem remover o pessário semanalmente e às vezes se esquecem, causando com isso, as áreas de isquemia (MEDICAL, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A anatomia do assoalho pélvico compreende estruturas que interagem dinamicamente entre si, sendo que, se alguma das estruturas sofrer qualquer alteração pode gerar o prolapso de órgão pélvico.

O prolapso dos órgãos pélvicos é classificado de acordo com o a estrutura afetada e também em diversos graus de acordo com a gravidade do prolapso. O tratamento pode ser cirúrgico ou conservador, através de fisioterapia e uso de pessários.

Os pessários possuem variadas formas e tamanhos possibilitando ao terapeuta a escolha mais indicada para o seu paciente, é um método pratico que auxilia no alivio dos sintomas de forma imediata, evitando assim os riscos de um procedimento cirúrgico.

A atuação fisioterapêutica em pacientes com prolapso dos órgãos pélvicos é fundamental, pois o fisioterapeuta tem a função de manter a musculatura adequada para a utilização do pessário evitando assim que ele se saia da sua posição normal alem de progredir para recuperação muscular melhorando consideravelmente a qualidade de vida das pacientes.

Sugere-se que pesquisas relacionadas a uso de pessários como forma de tratamento conservador sejam realizadas, pois se notou escassez de pesquisas por se tratar de um método atual e muito utilizado fora do Brasil.

REFERÊNCIAS

ATNIP, S.; O'DELL, K. Vaginal Support Pessaries: Indications for Use and Fitting Strategies. **Urologic Nursing**, v. 32, n. 3, p. 114-124, May-June 2012. Disponível em: <<https://www.cbuna.org/sites/default/files/download/education/2014/posttest3203114124.pdf>>. Acesso em: 15/07/2015.

BARACAT, E. C.; LIMA, G. R. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP-EPM**. Barueri, SP: Manole, 2005. 698 p.

BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada a Obstetricia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4^o ed. rev. e ampliada, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CÂNDIDO, E. B. et al. Conduta nos prolapso genitais. **Femina**, Belo Horizonte – MG, v. 40, n. 2, p. 98-104, Março/Abril 2012. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/?page_id=5373>. Acesso em: 09/06/2015.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em ginecologia**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 584 p.

GONÇALVES, M. R. B. L. **Estudo Biomecânico do Prolapso Genital**. 55 pgs. 2012. Dissertação (Mestrado integrado em Bioengenharia Ramo de Engenharia Biomédica). Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto (FEUP), Portugal. Disponível em: <paginas.fe.up.pt/~bio07021/images/Mono.pdf>. Acesso em: 20/06/2015.

KNORST, M. R. et al. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. **Rev. Bras. Fisioter**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 102-7, mar/abr 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141335552012000200004&script=sci_arttext> Acesso em: 13/06/2015.

LIMA, M. I. M. et al. Prolapso genital. **Femina**, Belo Horizonte –MG, v. 40, n. 2, p. 70-77, Março/Abril 2012. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/?page_id=5373>. Acesso em: 11/07/2015.

MASCARENHAS, T. Disfunções do pavimento pélvico: Incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos. Portugal: **Permanyer**, 2010. p. 97-139. Disponível em: <www.fspog.com/fotos/editor2/cap_30.pdf>. Acesso em: 15/08/2015.

MEDICAL... **Medical Software e equipamentos médicos**. Gladis Berger – ME. São Leopoldo – RS, 2015. Disponível em: <<http://www.medicalsoftware.com.br>>. Acesso em: 05/09/2015.

MEDIPLUS... **Mediplus Limited**. United Kingdom, 2015. Disponível em: <<http://www.mediplus.co.uk>>. Acesso em: 22/08/2015.

OLIVEIRA, I. M.; CARVALHO, V. C. P. Prolapso de órgãos pélvicos: etiologia, diagnóstico e tratamento conservador, uma metanálise. **Femina**, Pernambuco, v. 35, n. 5, p. 285-293, maio 2007. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/?page_id=5645>. Acesso em: 08/08/2015.

PINHEIRO, B. F. et al. Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias como toque digital e com auxílio do biofeedback. **Fisioter. Mov**, Curitiba, v. 25, n. 3, p. 639-648, set 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/fm/v25n3/19.pdf>. Acesso em: 18/07/2015.

POLCHEIRA, P. A.; SOUZA, J. S.; POLCHEIRA, C. F. Distopia Genital. In: Walquíria Q. S. P. Primo; Frederico J. S. Corrêa. (Org.). Manual de Ginecologia da SGOB. 1 ed. Brasília: Livre Expressão, 2011, v. 1, p. 227-235. Disponível em: <www.pelvi.com.br/pdf/Distopia%20Genital.pdf>. Acesso em: 08/08/2015.

RAMOS, L. Reabilitação Perineal Ativa. 73 pgs. 2014. Tese (Doutorado em Fisioterapia). Escola Paulista de Medicina, UNIFESP. Disponível em: <<http://www.perineo.info/wordpress/livro-reabilitacao-perineal-ativa/>>. Acesso em: 12/09/2015.

RESENDE, A. P. M. et al. Prolapso genital e reabilitação do assoalho pélvico. **Femina**, São Paulo – SP, v. 38, n. 2, p. 101-104, fevereiro 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=545684&indexSearch=ID>>. Acesso em: 18/07/2015.

ROBERT, M. et al. Technical Update on Pessary Use. **Jogc**, Canada, v. 35, p. S1-S11, July 2013. Disponível em: <<http://sogc.org/guidelines/technical-update-on-pessary-use/>>. Acesso em: 12/09/2015.

SANTOS, E. B. Complicações do reparo cirúrgico de pacientes com prolapso de cúpula vaginal. 28 pgs. 2013. Monografia (Graduação em medicina). Universidade Federal da Bahia, Salvador. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/14214>>. Acesso em: 25/07/2015.

SILVA FILHO, A. L. et al. Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária. **Fisioter Pesq**, Minas Gerais, BH, v. 20, n. 1, p. 90-96, ago 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v20n1/15.pdf>>. Acesso em: 08/08/2015.

SMITH, R. P. **Ginecologia e Obstetrícia de Netter**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 592 p.

SOBOTTA, J. et al. **Sobotta atlas de anatomia humana: órgãos internos**. 23 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

THAKAR, R. Pessaries for Treatment of Pelvic Organ Prolapse. **Glob. libr. womens med**, Surrey, UK, July 2014. Disponível em: <https://www.glowm.com/section_view/heading/Pessaries%2520for%2520Treatment%2520of%2520Pelvic%2520Organ%2520Prolapse/item/805>. Acesso em: 18/07/2015.