

# PROTOCOLO CLÍNICO PARA UTILIZAÇÃO DE PESSÁRIO VAGINAL



Hellen Livia Oliveira Catunda

Priscila de Souza Aquino

Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

Fortaleza, Ce - 2016



Hellen Livia Oliveira Catunda  
Priscila de Souza Aquino  
Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

# **PROTOCOLO CLÍNICO PARA UTILIZAÇÃO DE PESSÁRIO VAGINAL**

FORTALEZA-CE

2016



## **Normalização**

Associação Brasileira Normas Técnicas – ABNT  
Norma Brasileira – NBR nº 14.724 e 6.029

## **Projeto gráfico e diagramação**

Edson Filho

José Elvis Xavier Santos da Silva

OWL Estúdio de Design

## **Ilustrações**

Edson Filho

## **Direito de reprodução**

Nenhuma parte desse protocolo poderá ser reproduzida sem o consentimento das autoras.

## **Financiamento**

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).  
Universal 14/2014. Número do processo 459445/2014-6.



## **PROTOCOLO CLÍNICO PARA UTILIZAÇÃO DE PESSÁRIO VAGINAL**

### **Hellen Livia Oliveira Catunda**

Enfermeira Obstetra. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

### **Priscila de Souza Aquino**

Enfermeira Obstetra. Pós-doutora. Professora Adjunto, classe C, nível II, da Universidade Federal do Ceará.

### **Camila Teixeira Moreira Vasconcelos**

Enfermeira Obstetra. Doutora. Professora Adjunto, classe C, nível II da Universidade Federal do Ceará.

**Elaboração:** Julho de 2015 a dezembro de 2015 como produto da Dissertação de Mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

**Avaliação da qualidade do protocolo:** Janeiro de 2016.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Ferreira, Hellen Livia Oliveira Catunda  
Protocolo clínico para utilização de pessário vaginal [livro eletrônico] / Hellen Livia Oliveira Catunda Ferreira, Priscila de Souza Aquino, Camila Teixeira Moreira Vasconcelos ; ilustração Edson Filho. -- 1. ed. -- Fortaleza, CE : Ed. das Autoras, 2022.

PDF.

Bibliografia.

ISBN 978-65-00-40732-7

1. Assoalho pélvico feminino 2. Ginecologia - Diagnóstico e tratamento 3. Conduta médica  
4. Pessário vaginal 5. Protocolos médicos  
6. Saúde da mulher I. Aquino, Priscila de Souza.  
II. Vasconcelos, Camila Teixeira Moreira.  
III. Edson Filho. IV. Título.

22-103334

CDD-618.1

NLM-WP-120

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Saúde da mulher : Ginecologia : Medicina 618.1

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

## **Crêterios para auditoria e monitoramento:**

**1) Identifica o de critérios para avaliar a implementa o da diretriz ou aderência às recomenda es:** 100% das usuárias realizando educa o em saúde antes da inser o do pessário; 100% da consulta de retorno agendada para uma semana após a inser o do pessário; 100% das pacientes com complica o serão tratadas; 100% das pacientes em uso de pessário independentes e sem complica es retornarão com três meses;

**2) Critérios para avaliar o impacto da implementa o das recomenda es:** Satisfa o dos profissionais com a organiza o do serviço e usuários capacitados para utiliza o do pessário;

**3) Aconselhamento quanto   frequência e intervalo de medi o do protocolo:** anualmente;

**4) Descri o ou defini es operacionais sobre como os critérios devem ser medidos:** a partir da aplica o de formulários de entrevista com os profissionais e observa o não participante no serviço.

A revisão e atualiza o desse protocolo deverá ocorrer a cada dois anos (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). As autoras encontram-se acessíveis para receber contribui es dos usuários do protocolo mediante qualquer evidência científica nova por meio dos e-mails:

[hellen\\_enfermagem@yahoo.com.br](mailto:hellen_enfermagem@yahoo.com.br);

[priscilapetenf@gmail.com](mailto:priscilapetenf@gmail.com);

[camilamoreiravasco@gmail.com](mailto:camilamoreiravasco@gmail.com).



## ILUSTRAÇÕES E QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Características das evidências segundo a Classificação do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine .....	16
<b>Quadro 2</b>	Graus de recomendação segundo a Classificação do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine .....	17
<b>Quadro 3</b>	Opções de autocuidado para usuárias de pessários .....	43
<b>Quadro 4</b>	Possíveis complicações na utilização do pessário e seu manejo .....	46
<b>Figura 1</b>	Classificação do POP segundo o POP-q .....	20
<b>Figura 2</b>	Tipos de pessários .....	22
<b>Figura 3</b>	Algoritmo para avaliação da mulher com indicação terapêutica do pessário .....	34
<b>Figura 4</b>	Demonstração da medida digital da vagina para escolha do pessário .....	35
<b>Figura 5</b>	Posição de Semi-fowler .....	37
<b>Figura 6</b>	Algoritmo da consulta de inserção do pessário .....	40
<b>Figura 7</b>	Algoritmo da consulta de seguimento da mulher em uso de pessário .....	49

## ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual de Saúde
<b>DAP</b>	Disfunção do Assoalho Pélvico
<b>DPOC</b>	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>GR</b>	Grau de Recomendação
<b>HGF</b>	Hospital Geral de Fortaleza
<b>IU</b>	Incontinência Urinária
<b>IUE</b>	Incontinência Urinária de Esforço
<b>IUM</b>	Incontinência Urinária Mista
<b>MEAC</b>	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
<b>NE</b>	Nível de Evidência
<b>POP</b>	Prolapso de Órgãos Pélvicos
<b>POP-Q</b>	Sistema de Quantificação do Prolapso de Órgãos Pélvicos
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UI</b>	Urge-incontinência

<b>PREFÁCIO</b> .....	9
<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	11
<b>CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PROTOCOLO</b> .....	13
Objetivo .....	13
Público-alvo .....	13
Fatores facilitadores .....	13
Barreiras .....	13
Revisão do protocolo .....	13
<b>PROCEDIMENTO DE BUSCA DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS</b> .....	14
<b>SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E DOS GRAUS DE RECOMENDAÇÃO</b> .....	16 - 17
<b>DEFINIÇÕES GERAIS SOBRE O TEMA</b> .....	18
Disfunção do assoalho pélvico .....	18
Incontinência urinária .....	18
Disfunção anorretal .....	18
Disfunção sexual .....	19
Prolapso de Órgãos Pélvicos .....	19
Pessário Vaginal .....	21
<b>PESSÁRIO VAGINAL: CONSIDERAÇÕES GERAIS</b> .....	22
<b>Tipos de pessários</b> .....	25
Anel – Com ou sem suporte .....	25
Gelhorn .....	25
Rosca .....	26
Cubo .....	26
Gehrung .....	27
Smith-Hodge .....	27
Inflatoball .....	28

# SUMÁRIO

<b>Panorama brasileiro sobre pessário vaginal</b> .....	28
<b>ATENDIMENTO À CONSULTA DE PESSÁRIO VAGINAL</b> .....	30
Equipe multidisciplinar .....	30
Entrevista clínica centrada na pessoa .....	31
<b>PRIMEIRA CONSULTA PARA AVALIAÇÃO DA MULHER COM INDICAÇÃO TERAPÊUTICA DO PESSÁRIO VAGINAL</b> .....	32
Educação em saúde .....	32
Anamnese .....	33
Exame físico .....	33
<b>CONSULTA DE INSERÇÃO DO PESSÁRIO VAGINAL</b> .....	35
Passos para seleção e ajuste do pessário .....	36
Passos para inserção do pessário .....	37 - 40
<b>CONSULTA DE SEGUIMENTO À MULHER EM USO DE PESSÁRIO VAGINAL</b> .....	41
Anamnese .....	41
Exame físico .....	41
Educação em saúde .....	42
Possíveis complicações .....	44
Exames complementares .....	47
Seguimento das consultas de usuários de pessário .....	47
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	50
<b>ANEXO E APÊNDICES</b> .....	58
Anexo A – Símbolos padrões e definições utilizados nos algoritmos .....	58
Apêndice A – Locais para referência terciária no tratamento conservador do POP utilizando pessário vaginal .....	59
Apêndice B – Orçamento para o desenvolvimento do protocolo .....	60
Apêndice C – Colaboradores .....	61

O Protocolo clínico para utilização de pessário vaginal transcende, em significado, o produto precípuo de dissertação de mestrado. Constitui o culminar de atividades integradas, de esforços conjuntos, percepções e atividades oriundas de vários saberes à saúde da mulher. Em destaque, aquela com disfunção do assoalho pélvico. Sobretudo, mas não menos importante, é também notável ponto de partida auxiliar na sistematização da assistência.

Elementos fundamentais para organização e gestão dos serviços de saúde, os protocolos clínicos constituem ferramenta essencial na busca pela qualidade da assistência e promoção da saúde do usuário. Sua elaboração deve prover ao profissional um produto baseado em evidências sólidas com consequente respaldo técnico-científico para suas ações. A prática clínica-assistencial, sob essa premissa, favorece maior autoconfiança para profissionais e equipes multidisciplinares. Apesar do seu aspecto aparentemente técnico, configura importante elemento facilitador do trânsito de afeto e acolhimento na assistência.

Estima-se prevalência crescente de disjunção do assoalho pélvico com a idade, chegando-se à incidência de 30% nas pacientes entre 50 e 89 anos. Nos próximos 30 anos, espera-se que o número de mulheres que procurarão cuidados de saúde por esse transtorno irá dobrar. Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, há expressiva tendência para que o prolapso genital se torne cada vez mais frequente, constituindo-se, portanto, importante problema de saúde pública. A sistematização de ações de assistência em saúde para as mulheres com prolapso genital deve ser estimulada. Não só pacientes carecem de informações e conhecimentos sobre sintomatologia e opções terapêuticas. Aos profissionais de saúde, de unidades de diferentes níveis de complexidade, faltam conceitos elementares sobre disfunção do assoalho pélvico na mulher. Infelizmente, ainda é lugar comum, em nosso meio, o consenso dos profissionais de que a correção cirúrgica seria a única terapia disponível.

O estigma e unilateralidade do tratamento cirúrgico, para estas afecções, produzem enormes prejuízos ao sistema. É excludente, pois condição clínica para submeter-se à intervenção não é privilégio de todas as mulheres com prolapso genital. Inúmeras perpetuam sua má qualidade de vida, absolutamente sem perspectiva de cura por não contemplarem adequadas condições clínicas pré-operatórias. Gera-se um cruel ciclo de resignação e conformismo, de riscos e destruição da autoimagem. Alimenta-se ainda a exclusão por sabermos serem caros os materiais cirúrgicos (até eventuais próteses para correção), e por haver necessidade de centros terciários complexos para intervenção cirúrgica. Grande parcela de mulheres não tem subsídio financeiro ou sequer acesso regional a grandes centros hospitalares. Cirurgias complicam, podem deixar sequelas, podem requerer novas intervenções. Dentro de premissas mais amplas e sustentáveis de

## PREFÁCIO

atenção à saúde e menor morbidade, precariza-se a terapêutica quando a restringimos arbitrariamente à perspectiva exclusiva do bisturi. Neste contexto, o protocolo clínico para utilização de pessários é absolutamente impactante, insurgente. Apodera o sistema e os profissionais. Constitui maravilhosa ferramenta para intervenção não cirúrgica, de excelentes resultados de baixo custo, e de complexidade elementar.

Este protocolo, outrossim, não se fundamenta em informações e perspectivas unilaterais. Nem tampouco discorre exclusivamente sobre experiências pessoais das autoras. Ele não se guia por experiências pontuais, de contextos sociais isolados. Aqui se revisa, metodiza, discute, interpreta e sistematiza consensos internacionais e nacionais. Ele se constrói científico, prático e contemporâneo. Entretanto, não se trata de mera revisão de conceitos alienígenas. Ele foi talhado também sob premissa das experiências clínicas cotidianas do grupo de trabalho assistencial. É reflexo de ações de intervenção em saúde sobejamente cruciais e necessárias. Alinha sólidas evidências científicas internacionais e referenciais teóricos bem estabelecidos, com o fruto de atividades e experiências vivenciadas na realidade do nosso Sistema Único de Saúde.

Em meados de 2011, idealizamos atividades assistenciais e de pesquisa multidisciplinares. Até então, em nosso meio, havia grande lacuna da assistência multiprofissional na saúde da mulher com disfunção do assoalho pélvico. O pioneirismo, aliado à atitude proativa das autoras na idealização e execução desse projeto, refletem a solidez e a maturidade do seu grupo de pesquisa. Ao criarem esse notável protocolo para uso de pessários, não só descrevem técnicas de inserção e seguimento. Para além da técnica, também contextualizam ações à nossa realidade, adequam e reformulam processos, à luz de atitudes de acolhimento, multidisciplinaridade e humanização.

São notáveis a força criativa e gregária, a capacidade de intervenção e a conseqüente mudança de paradigmas na saúde da mulher a partir da inserção de diferentes categorias profissionais. Onde não havia nada, hoje se tem serviço de referência em tratamento com pessários. Onde não se discutia nem se fomentava, hoje se estabeleceu linha de pesquisa sólida, com aplicabilidade e poder de transformação social. Esse protocolo fisicamente descreve a construção do novo. Finalmente, alicerça o crescimento e a divulgação do saber fundamentado na prática da assistência na saúde da mulher baseada em evidências científicas, para acesso de todos e bem-estar comum.

**Dr. Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra**  
**Professor Doutor do Departamento de Saúde Materno-infantil**  
**Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará**

O número de mulheres com 65 anos ou mais nos Estados Unidos da América (EUA) foi estimado de 22,9 milhões em 2010 (7,4%) para cerca de 39,9 milhões em 2030 (19%). De acordo com estudo de previsão desenvolvido nesse país, doenças por distúrbios do assoalho pélvico vão aumentar substancialmente devido ao aumento da expectativa de vida, e cerca de 43,8 milhões de mulheres norte-americanas sofrerão pelo menos um transtorno do assoalho pélvico em 2050, como o Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP), distúrbio cada vez mais incômodo na população com idade mais avançada (PIZARRO-BERDICHEVSKY; CLIFTON; GOLDMAN, 2015).

A prevalência de prolapso genital varia bastante, pois depende da população feminina estudada e dos critérios de entrada, porém estima-se cerca de 30% a 50% das mulheres multíparas com mais de 50 anos de idade (HAGEN; STARK, 2011).  
Nível de Evidência (NE): 1A Grau de Recomendação (GR): A

Uma das opções de tratamento para esse agravo é a utilização de pessário vaginal. Contudo, cuidados devem ser observados rotineiramente pelo profissional que presta assistência a mulheres que utilizam pessário para evitar possíveis complicações (O'DELL; ATNIP, 2012).

Assim, para prestação de cuidados satisfatórios, é primordial que os profissionais de saúde avaliem efetivamente os sinais e sintomas pélvicos, compreendam as indicações para o uso do pessário, conheçam os tipos disponíveis e o manejo necessário, forneçam orientações e acompanhamento adequado a fim de que o uso do dispositivo se torne confortável para a mulher e a terapêutica seja eficaz (BEZERRA et al., 2015) NE: 5 GR: D. Para isso, o profissional deverá adquirir conhecimentos de forma a trazer subsídios para contribuir na assistência e na melhoria da qualidade de vida da paciente (BEZERRA et al., 2014).

Assim, dentre as ferramentas que auxiliam na sistematização da assistência na área da saúde tem-se a utilização dos protocolos clínicos. A sua criação direciona as práticas de cuidado e procedimentos da rotina que os profissionais executam em diversos serviços, tornando-se fundamental para sua organização e gestão e para a busca pela qualidade da assistência e promoção da saúde do usuário.

## JUSTIFICATIVA

Por ser um tipo de tecnologia, os protocolos tem sua utilização apoiada pelo Ministério da Saúde, que prevê em seu uso maior apropriação do problema em saúde ao qual se reporta, permitindo que os profissionais tenham respaldo técnico-científico sob suas ações, favorecendo, até mesmo, maior autoconfiança em suas práticas (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Evidenciou-se que não existem publicações referentes a protocolos clínicos e pessário vaginal, o que dificulta o embasamento teórico dos profissionais de saúde atuantes nessa área de conhecimento (ALPERIN et al., 2013).

Em vista disso, motivou-se a construção e validação do presente protocolo clínico diante da relevância da temática e para elevar os indicadores de qualidade da assistência, bem como pautar um cuidado em saúde baseado em evidências científicas, ampliando a promoção da utilização do pessário na realidade brasileira.

Espera-se que a criação e a disponibilização dessa tecnologia traga benefícios aos profissionais de saúde de modo a melhorar a assistência voltada às mulheres com POP.

# CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PROTOCOLO

## Objetivo

O objetivo do protocolo clínico é orientar o atendimento e as condutas para a consulta do tratamento conservador do POP utilizando pessário vaginal, realizada por profissionais de saúde, respaldados em evidências científicas, embasando a tomada de decisão.

## Público-alvo

Esse protocolo é voltado para profissionais da saúde que trabalham na área de Disfunção do Assoalho Pélvico.

## Fatores facilitadores

Para a utilização do protocolo, existem fatores facilitadores, como:

- O crescente interesse dos profissionais de saúde em utilizar tratamentos conservadores como opção ao tratamento cirúrgico em mulheres com POP;
- Necessidade de maior segurança dos profissionais ao utilizar as melhores evidências científicas para a tomada de decisão;
- Reconhecimento da importância da padronização de condutas.

## Barreiras

Pode-se citar como possíveis barreiras à utilização do protocolo:

- Poucos serviços estruturados para a oferta de pessário vaginal;
- Profissionais sem treinamento adequado para trabalhar com a abordagem conservadora do tratamento do POP utilizando pessário vaginal.

## Revisão do protocolo

Visou obter um feedback sobre o protocolo proposto, oportunizando abordar aspectos levantados pelos revisores antes da sua finalização. Realizou-se técnica Delphi com colaboração de sete profissionais de saúde da área de Disjunção do Assoalho Pélvico (DAP). Enviou-se o protocolo clínico e o instrumento de revisão, o qual continha dados de identificação do profissional e itens referentes a objetivos, conteúdo, apresentação e relevância. O consenso se deu após ajustes e concordância de, no mínimo, 85% entre os revisores.

A revisão da literatura científica é um dos passos mais importantes para a elaboração do protocolo, pois se cria uma base do conhecimento de modo a extrair as melhores evidências disponíveis a serem implementadas na prática clínica. É necessário que essa busca na literatura identifique os pontos em que existe um consenso e os pontos controversos do assunto em estudo (PIMENTA et al., 2015; POLIT; BECK, 2011).

Desse modo, optou-se pela realização da revisão integrativa da literatura, a qual possibilita obter um profundo conhecimento em que o pesquisador pode retirar conclusões a partir de estudos e da síntese realizada sobre um determinado assunto. Trata-se de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, bem como reflexões sobre a realização de futuros estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa foi realizada por meio de periódicos indexados nas bases de dados informatizadas PUBMED/MEDLINE, LILACS, SCOPUS, COCHRANE, CRD, WEB OF SCIENCE e REBRATS, utilizando-se os descritores controlados “pelvic organ prolapse”, “pessaries” e “pessary”, e em livros publicados. Nas bases LILACS, CRD e REBRATS, utilizou-se o descritor “pelvic organ prolapse” sozinho e a associação “pessaries” e “pessary” com o operador booleano OR. Já nas demais bases, utilizou-se combinação única de “pelvic organ prolapse”, com o operador booleano AND. Somado a “pessaries” e “pessary” com o operador booleano OR. Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos artigos foram: abranger a temática do protocolo e estar disponível eletronicamente. Foram excluídos estudos repetidos. Não houve restrição de idioma, sendo incluídos artigos em inglês, português e espanhol, nem ano de publicação. A busca nas bases de dados ocorreu no mês de novembro de 2015. Os artigos encontrados na revisão foram 44 no total, variando do ano de 2002 a 2015. Foram publicados 39 artigos em revistas internacionais, na língua inglesa. Os livros utilizados foram publicados de 2010 a 2015.

Além disso, a busca para o desenvolvimento do protocolo foi norteadada por um brainstorming eletrônico com profissionais de saúde convidados que pesquisam e/ou atuam na orientação de uso dos pessários vaginais, a fim de informar tópicos

que não poderiam deixar de ser contemplados no protocolo clínico em questão.

Em outro momento, foi realizada uma visita ao ambulatório de Uroginecologia de um hospital de referência em Fortaleza-CE para entrevista com algumas usuárias de pessário vaginal a fim de verificar a percepção delas em relação a possíveis complicações, dificuldades e dúvidas sobre a utilização do dispositivo, visando auxiliar também no desenvolvimento do protocolo.

Levou-se em consideração ainda a experiência da pesquisadora sobre o assunto, que se inseriu durante seis meses em um serviço de Uroginecologia para conhecer mais profundamente como se dá a consulta para utilização de pessário vaginal e para realizar tal prática.

Portanto, tal processo teve como finalidade encontrar evidências científicas pertinentes para assegurar as ações dos profissionais da área, servindo de base para a criação do protocolo.

## SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E DOS GRAUS DE RECOMENDAÇÃO

Para a seleção dos conteúdos que serviram como suporte para a construção do protocolo, utilizou-se estudos com NE e GR, conforme a classificação do *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (HOWICK et al., 2009), dispostos nos quadros 1 e 2. Salienta-se que, em caso de discordância de informação, selecionou-se o maior NE e GR disponível.

Nível de Evidência	Tratamento/Prevenção/Etiologia/Dano	Diagnóstico
1A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Ensaios Clínicos Controlados e Randomizados.	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Diagnósticos nível 1.  Critério Diagnóstico de estudos nível 1B em diferentes centros clínicos.
1B	Ensaio Clínico Controlado e Randomizado com Intervalo de Confiança Estreito.	Coorte validada com bom padrão de referência.  Critério Diagnóstico testado em um único centro clínico.
1C	Resultados Terapêuticos do tipo “tudo ou nada”.	Sensibilidade e Especificidade próximas de 100%.
2A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos de Coorte.	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 2.
2B	Estudo de Coorte (incluindo Ensaio Clínico Randomizado de Menor Qualidade).	Coorte Exploratória com bom padrão de Referência  Critério Diagnóstico derivado ou validado em amostras fragmentadas ou banco de dados.
2C	Observação de Resultados Terapêuticos (outcomes research), Estudo Ecológico.	-
3A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Caso-Controle.	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 3B.
3B	Estudo Caso-Controle.	Seleção não consecutiva de casos ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente.
4	Relato de Casos (incluindo Coorte ou Caso-Controle de menor qualidade).	Estudo caso-controle ou padrão de referência pobre ou não independente.
5	Opinião desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais).	

**Quadro 1:** Características das evidências segundo a Classificação do *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*.

## SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E DOS GRAUS DE RECOMENDAÇÃO

Grau de recomendação	Características
<b>A</b>	<p>Consiste em estudos de <b>nível 1</b>.</p> <p>Estudo com forte recomendação na escolha; são excelentes os níveis de evidência para recomendar rotineiramente a conduta. Os benefícios possuem peso maior que o dano. Há boas evidências para apoiar a recomendação.</p>
<b>B</b>	<p>Consiste em estudos do <b>nível 2 e 3</b> ou <b>generalização</b> de estudos de <b>nível 1</b>.</p> <p>Estudo que recomenda a ação; são encontradas evidências importantes no desfecho, e a conclusão é de que há benefício na escolha da ação em relação aos riscos do dano. Há evidências razoáveis para apoiar a recomendação.</p>
<b>C</b>	<p>Consiste em estudos de <b>nível 4</b> ou <b>generalização</b> de estudos de <b>nível 2 ou 3</b>.</p> <p>Encontra mínimas evidências satisfatórias na análise dos desfechos, mas conclui que os benefícios e os riscos do procedimento não justificam a generalização da recomendação. Há evidências insuficientes, contra ou a favor.</p>
<b>D</b>	<p>Consiste em estudos de <b>nível 5</b> ou qualquer estudo inconclusivo.</p> <p>Estudos com pobre qualidade. Há evidências para descartar a recomendação.</p>

**Quadro 2:** Graus de recomendação segundo a Classificação do *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*.

Os NE variaram de 1A a 5 e os GR de A a D. A maior prevalência foi de estudos com NE 5 e GR D.

## DEFINIÇÕES GERAIS SOBRE O TEMA

### Disfunção do assoalho pélvico

Pode ser definida como a incapacidade do assoalho pélvico em cumprir seu papel de suporte aos órgãos urinário, genital e anorretal, levando a uma incapacidade para permitir que esses órgãos funcionem normalmente. Geralmente, são condições que acometem mulheres em idades variadas, porém aquelas que estão no período do climatério, assim como as múltiparas, são mais suscetíveis (JARRET, 2010; ALMEIDA et al., 2011).

O que pode aumentar o risco de DAP são as alterações nos músculos, ligamentos e fâscias do assoalho pélvico decorridas de inúmeros fatores como idade, paridade, histerectomia, cirurgias prévias para distopia genital e desordem do colágeno, resultando em possíveis condições como Incontinência Urinária (IU), Disfunções Anorretais, Disfunções Sexuais e POP (ALMEIDA et al., 2011).

### Incontinência urinária

A IU é uma condição na qual existe perda involuntária da urina, podendo apresentar-se clinicamente de diversas formas. Quando ocorre perda associada aos esforços físicos, denominamos incontinência urinária de esforço (IUE). A perda involuntária de urina acompanhada ou precedida imediatamente de urgência miccional denomina-se urge-incontinência (UI). Já a incontinência urinária mista (IUM) é denominada quando ocorre perda involuntária de urina associada à urgência e também aos esforços. Ainda pode-se citar outros tipos, dentre elas a incontinência urinária postural, ao mudar de posição, a enurese noturna, a incontinência urinária contínua, a incontinência urinária insensível, não percebida, e a incontinência “coital” (HAYLEN et al., 2010).

### Disfunção anorretal

Pode ser definida como a incapacidade, em graus variados, de controlar adequadamente a eliminação de gases ou de fezes (sólida ou líquida), estando entre as mais comuns a constipação e a incontinência fecal. Os sintomas são frequentemente associados com o compartimento vaginal afetado pelo POP, particularmente com o prolapso da parede vaginal posterior (HAYLEN et al., 2010; VASCONCELOS et al., 2013).

### Disfunção sexual

Associa-se a algum distúrbio na sensação e/ou na função sexual experimentado pela mulher durante a atividade sexual. Dentre essas dificuldades, pode-se citar a dispareunia como sintoma mais aplicável à DAP, que se define como queixa de dor ou desconforto persistente ou recorrente associado à tentativa de penetração ou à penetração vaginal completa. Além desse sintoma, existem outros comuns como a frouxidão vaginal, a diminuição do desejo sexual, da excitação sexual e do orgasmo (WINCZE; WEISBERG, 2015).

### Prolapso de Órgãos Pélvicos

É considerado a descida, a partir da localização anatômica comum, do conteúdo pélvico e/ou intraperitoneal pelo canal vaginal. O sintoma mais específico é a sensação de abaulamento ou protrusão na vagina. O POP pode estar associado com a IU e disfunção anorretal, e o tipo de prolapso é determinado de acordo com a localização da lesão (MARAMBIO et al., 2011).

Essa localização é definida pelo Sistema de Quantificação do Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP-Q), o qual se refere a um sistema específico mais utilizado para descrever e quantificar o estadiamento do POP em mulheres, consistindo em uma ferramenta padronizada para documentação, comparação e comunicação dos resultados clínicos com comprovada confiabilidade (PERSU et al., 2011; BUMP et al., 1996).

A classificação pode variar em estádios de 0 a 4, conforme figura 1 e descrição a seguir: Estádio 0 – Nenhum prolapso é demonstrado; Estádio 1 – A porção mais distal do prolapso está a mais de 1,0 cm acima do nível do hímen (antes de -1); Estádio 2 – A porção mais distal do prolapso está a 1,0 cm acima ou abaixo do plano do hímen (entre -1 e +1); Estádio 3 – A porção mais distal do prolapso está a mais de 1,0 cm abaixo do plano do hímen (além de +1), porém sem atingir ou ultrapassar o comprimento vaginal total menos 2 cm; Estádio 4 – Eversão completa do órgão prolapsado, no qual o ponto de maior prolapso fica, no mínimo, no comprimento vaginal menos 2 cm (AUGUSTO et al., 2013; PERSU et al., 2011; HAYLEN et al., 2010; BUMP et al., 1996).

## DEFINIÇÕES GERAIS SOBRE O TEMA

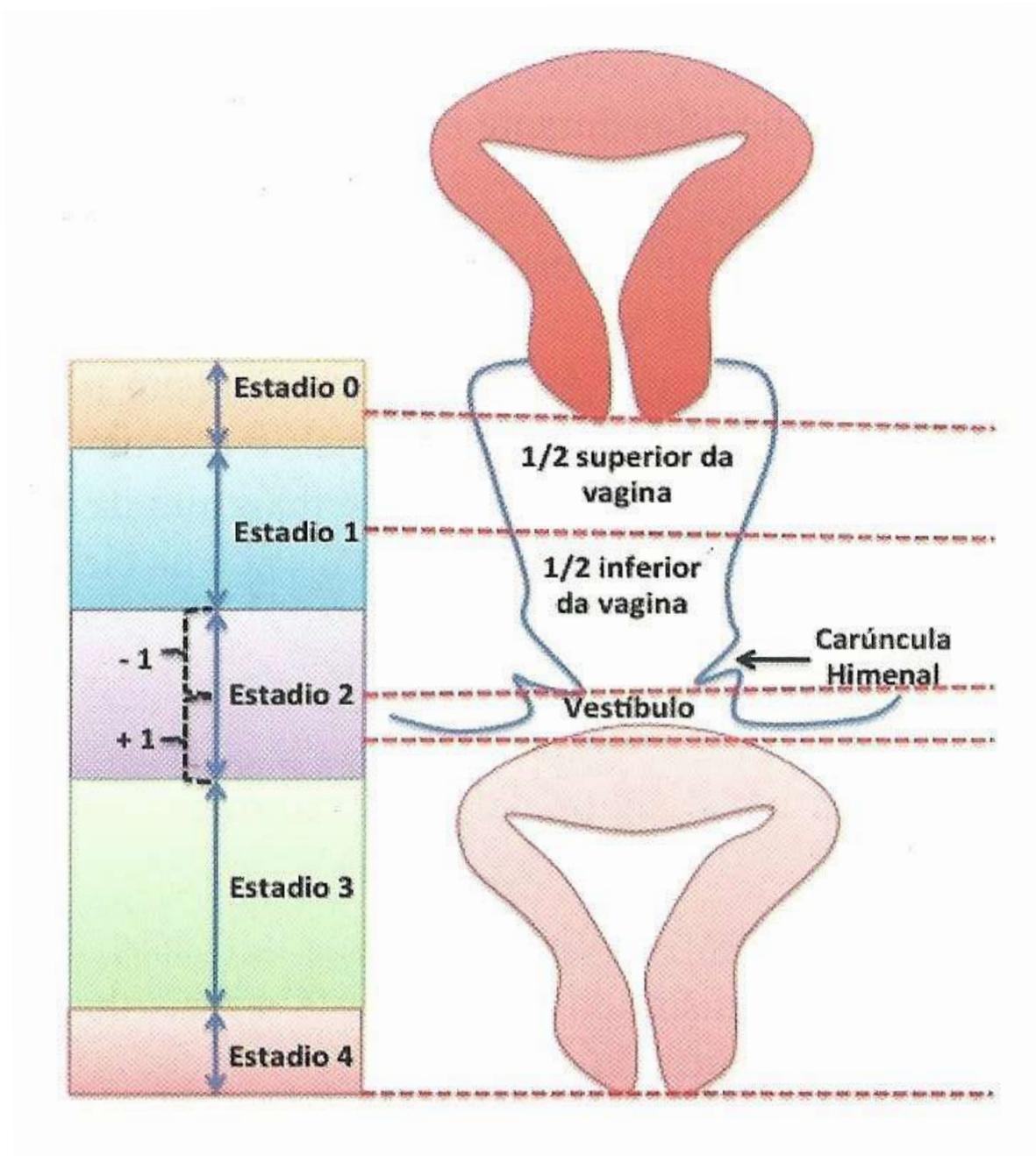


Figura 1: Classificação do POP segundo o POP-q.

## DEFINIÇÕES GERAIS SOBRE O TEMA

O prolapso se origina de múltiplas causas e se desenvolve gradualmente ao longo dos anos, mas existem alguns fatores predisponentes, como gestação, parto vaginal, menopausa (envelhecimento; hipoestrogenismo), pressão abdominal cronicamente aumentada (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC; Constipação; Obesidade), traumatismo do assoalho pélvico, fatores genéticos (Raça; Distúrbios do tecido conjuntivo) e histerectomia (LIMA et al., 2012).

Dentre os tipos de tratamento, a abordagem cirúrgica é frequentemente a mais realizada para a correção do POP. Ademais, existem tratamentos conservadores, como exercícios do assoalho pélvico, em casos leves, e uso do pessário vaginal, os quais vem ganhando projeção pelos bons resultados que apresentam (ATNIP; O'DELL, 2012; BRAEKKEN et al., 2010).

### **Pessário Vaginal**

O pessário é um dispositivo seguro e simples de manusear, mais comumente utilizado no tratamento conservador de defeitos do suporte pélvico e na prevenção do trabalho de parto prematuro (LIMA et al., 2012).

## PESSÁRIO VAGINAL: CONSIDERAÇÕES GERAIS

Anteriormente, diversos materiais foram utilizados para a fabricação de pessários, incluindo metal, porcelana, borracha e acrílico. Atualmente, a maioria dos pessários é feita de silicone, por proporcionar inúmeras vantagens sobre os outros materiais, pois são maleáveis e tem uma vida útil longa, além de não absorverem odores e secreção, serem biologicamente inertes, não alergênicos e não carcinogênicos, podendo ser lavados ou esterilizados (LIMA et al., 2012; KUNCHARAPU; MAJERONI; JOHNSON, 2010; SHAH; SULTAN; THAKAR, 2006).

Uma vasta opção de tamanhos e tipos de pessários está disponível, conforme a figura 2.



Figura 2: Tipos de pessários. (A) Anel. (B) Shaatz. (C) Gellhorn. (D) Gellhorn. (E) Anel com suporte. (F) Gellhorn. (G) Risser. (H) Smith. (I) Cubo em tandem. (J) Cubo. (K) Hodge com botão. (L) Hodge. (M) Gehrung. (N) Vaso de incontinência com suporte. (O) Rosca. (P) Anel de incontinência. (Q) Vaso de incontinência. (R) Hodge com suporte. (S) Inflatoball (Látex).

Fonte: ATNIP, 2009.

## PESSÁRIO VAGINAL: CONSIDERAÇÕES GERAIS

Geralmente, esses dispositivos são classificados como pessário de suporte, de preenchimento ou de incontinência, sendo indicados para alívio dos sintomas de POP, prevenção de aumento do prolapso e de morbidades relacionadas, cirurgia não desejada ou contraindicada, conveniência (enquanto aguarda cirurgia agendada), como ferramenta de diagnóstico (identificação de incontinência de esforço oculta) ou de previsão para esclarecer os resultados cirúrgicos prováveis, correção de IUE e complicações na gravidez (ATINIP; O'DELL, 2012; OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011). Entretanto, nesse protocolo se dará ênfase ao pessário para uso em mulheres não grávidas com POP.

Os pessários são atualmente recomendados como uma opção de tratamento de primeira linha, de baixo custo e de baixo risco indicado para uma variedade de sintomas relacionados ao prolapso (ROCHA et al., 2013) NE: 5 GR: D. Pode trazer vantagens para redução econômica no Sistema Único de Saúde (SUS) quando comparado aos procedimentos cirúrgicos, pois o custo do material e o custo devido às complicações específicas ou recidivas é relativamente elevado, com até 30% de reoperação (ANTUNES; MOUALLEM; SINISCALCHI, 2012; JONES et al., 2010) NE: 5 GR: D.

Estudo que comparou a relação custo-efetividade de tratamentos para prolapso genital pós-histerectomia evidenciou que a utilização de pessário foi efetiva e de qualidade a um custo menor quando comparado à cirurgia de reconstrução vaginal durante, aproximadamente, um mesmo período de tempo. Essa análise indica que o uso de pessário é uma alternativa de tratamento mais custo-efetivo para o tratamento de POP (HULLFISH; TROWBRIDGE; STUKENBORG, 2011). NE: 2C GR: B

Pode-se citar também com uso do pessário a melhora dos sintomas urinários e fecais, do funcionamento sexual, da protuberância vaginal e da sensação de peso/pressão pélvica/abdominal. Além disso, há uma referida melhora da imagem corporal em muitas mulheres que utilizam esse dispositivo (ABDOOL et al., 2011; PATEL et al., 2010) NE: 2C GR: B. Em geral, as usuárias de pessário a longo prazo (superior a 12 meses) relatam altos índices de satisfação e controle dos sintomas, impactando positivamente na qualidade de vida (TENFELDE et al., 2015).

## PESSÁRIO VAGINAL: CONSIDERAÇÕES GERAIS

Em vista disso, a utilização do pessário vem ganhando maior projeção na prática clínica pelos bons resultados que apresenta. No entanto, ainda existem dificuldades na identificação de evidências objetivas para facilitar a escolha do pessário.

A escolha do tipo de dispositivo pode ser afetada por alguns fatores relacionados ao estilo de vida da paciente e achados durante o exame físico, como estado hormonal, presença ou não de atividade sexual, histerectomia prévia, estágio e local do prolapso (LIMA et al., 2012).

Dessa forma, os profissionais mais recentes nessa área devem considerar a prática clínica, a orientação de especialistas, o presente protocolo clínico e até mesmo os fabricantes de pessário, que fornecem recomendações para ajudar os novatos a combinar formatos do dispositivo com características da paciente.

O encaixe bem sucedido depende ainda da experiência e do treinamento do profissional. Contudo, poucos serviços investem tempo ensinando novos profissionais a utilizar o pessário (ROCHA et al., 2013) NE: 5 GR: D. Assim, mesmo na ausência de uma melhor orientação, os profissionais podem se educar para se tornarem fornecedores competentes e seguros dessa intervenção de baixo risco, e o presente protocolo assume papel importante no auxílio dos profissionais que se interessam em atuar na área.

# PESSÁRIO VAGINAL: CONSIDERAÇÕES GERAIS

## Tipos de pessários

A seguir, serão descritas algumas especificações relevantes dos tipos de pessários mais conhecidos e utilizados.

### Anel – Com ou sem suporte



VANTAGENS	DESVANTAGENS	INDICAÇÕES
Permite o coito.	A paciente deve ser compatível.	Primeiro e segundo estádios de prolapso úterovaginal.
Fácil de inserir.	Não usado para incontinência urinária de esforço.	Em terceiro e quarto estádios de prolapso também pode ser bem sucedido.
Semelhante ao contraceptivo diafragma; portanto, mais aceitável.	-	-
Anel com o apoio útil no caso de cistocele associada.	-	-
Sem necessidade de remoção diária.	-	-

Fonte: OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011; KUNCHARAPU; MAJERONI; JOHNSON, 2010; JONES; HARMANLI, 2010.

Fonte da figura: [www.medicinanet.com.br](http://www.medicinanet.com.br)

### Gelhorn



VANTAGENS	DESVANTAGENS	INDICAÇÕES
Permite manter prolapso grandes no lugar.	Difícil de inserir e remover.	Especialmente prolapso úterovaginal de terceiro e quarto estádios com apoio perineal diminuído.
Fácil de limpar.	Contraindicado em mulheres sexualmente ativas ou, se utilizado, deve ser removido antes da relação sexual.	-
Nenhuma exigência para a remoção diária.	Não usado para incontinência urinária de esforço.	-

Fonte: OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011; KUNCHARAPU; MAJERONI; JOHNSON, 2010; JONES; HARMANLI, 2010.

Fonte da figura: [www.medicinanet.com.br](http://www.medicinanet.com.br)

# PESSÁRIO VAGINAL: CONSIDERAÇÕES GERAIS

## Rosca

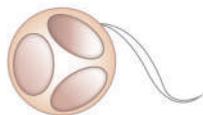


VANTAGENS	DESVANTAGENS	INDICAÇÕES
Popular devido a excelentes propriedades de apoio.	A paciente deve ser compatível.	Especialmente prolapso úterovaginal de terceiro e quarto estádios.
Fácil inserção e remoção.	Contraindicado em mulheres sexualmente ativas ou, se utilizado, deve ser removido antes da relação sexual.	Cistocele ou retocele.
Nenhuma exigência para a remoção diária.	Não usado para incontinência urinária de esforço.	-

Fonte: OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011; KUNCHARAPU; MAJERONI; JOHNSON, 2010; JONES; HARMANLI, 2010.

Fonte da figura: [www.medicinanet.com.br](http://www.medicinanet.com.br)

## Cubo



VANTAGENS	DESVANTAGENS	INDICAÇÕES
Às vezes, único pessário que se adequa em idosas sem tonicidade vaginal.	Remoção difícil.	Prolapso úterovaginal de terceiro e quarto estádios.
Pode ser usado em mulheres que aguardam cirurgia.	Não drena secreções, por isso a remoção diária é importante.	Retocele com ou sem cistocele.
-	Alta incidência de inflamação e ulceração devido a propriedades de aderência.	Falta de tônus vaginal.
-	Contraindicado em mulheres sexualmente ativas ou, se utilizado, deve ser removido antes da relação sexual.	-
-	Não usado para incontinência urinária de esforço.	-

Fonte: OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011; KUNCHARAPU; MAJERONI; JOHNSON, 2010; JONES; HARMANLI, 2010.

Fonte da figura: [www.medicinanet.com.br](http://www.medicinanet.com.br)

## PESSÁRIO VAGINAL: CONSIDERAÇÕES GERAIS

### Gehrung



VANTAGENS	DESVANTAGENS	INDICAÇÕES
Permite moldagem manual	Forma incomum, portanto difícil de inserir	Cistocele e retocele com prolapso uterino de terceiro estágio
Nenhuma exigência para remoção diária	Não usado para incontinência urinária de esforço	-

Fonte: OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011; KUNCHARAPU; MAJERONI; JOHNSON, 2010; JONES; HARMANLI, 2010.

Fonte da figura: [www.medicinanet.com.br](http://www.medicinanet.com.br)

### Smith-Hodge



VANTAGENS	DESVANTAGENS	INDICAÇÕES
Permite o coito.	-	Cistocele leve em mulheres com arco púbico estreito.
Pode ser usado para tratar incontinência urinária de esforço.	-	Correção de retroversão uterina.
Útil em mulheres com arco púbico estreito.	-	-
Nenhuma exigência para remoção diária.	-	-

Fonte: OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011; KUNCHARAPU; MAJERONI; JOHNSON, 2010; JONES; HARMANLI, 2010.

Fonte da figura: [www.medicinanet.com.br](http://www.medicinanet.com.br)

# PESSÁRIO VAGINAL: CONSIDERAÇÕES GERAIS

## Inflatoball



VANTAGENS	DESVANTAGENS	INDICAÇÕES
Fácil inserção e remoção	Absorve odores e secreções	Segundo e terceiro estádios de prolapso úterovaginal
Permite nível de inflação para ajuste individualizado	Contraindicado na alergia ao látex	Cistocele leve ou retocele associada com prolapso
Pode ser usado mesmo em vagina atrófica com estenose de introito	A haste de enchimento pode sobressair para além da entrada vaginal, causando irritação vulvar	-
-	Necessária remoção diária	-
-	Contraindicado em mulheres sexualmente ativas ou, se utilizado, deve ser removido antes da relação sexual	-
-	Não é usado para incontinência urinária de esforço	-

Fonte: OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011; KUNCHARAPU; MAJERONI; JOHNSON, 2010; JONES; HARMANLI, 2010.

Fonte da figura: [www.medicinanet.com.br](http://www.medicinanet.com.br)

## Panorama brasileiro sobre pessário vaginal

Percebe-se que essa temática consiste em um campo de pesquisa e atuação ainda incipiente no panorama brasileiro, e, por mais que haja consolidação maior no âmbito internacional, ainda vem sendo mais centrado na prática médica, o que denota a necessidade de busca por conhecimentos, atualização e maior capacitação por parte dos demais profissionais de saúde, visto que o cuidado deve ser interdisciplinar (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas), podendo ser possível a reorganização do serviço de modo que se assuma, também, a responsabilidade na inserção e manutenção do pessário vaginal (BUGGE; HAGEN; THAKAR, 2013).

Atualmente, o SUS não disponibiliza de forma gratuita o pessário como tratamento conservador do POP. Contudo, alguns serviços públicos de Uroginecologia, inseridos na atenção secundária e terciária, após indicação do tipo de pessário,

## PESSÁRIO VAGINAL: CONSIDERAÇÕES GERAIS

direcionam a paciente a adquirir por conta própria o seu dispositivo.

Busca realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando os descritores “pelvic organ prolapse”, “pessaries” e “pessary” demonstrou deficiência em produções científicas nacionais sobre essa temática.

Dessa forma, respalda-se a afirmação de que a utilização de pessários vaginais ainda é incipiente no Brasil, pois as produções concernentes a esse tema voltam-se principalmente para países de língua inglesa.

### Equipe multidisciplinar

A necessidade de uma abordagem multidisciplinar para proporcionar atenção integral à saúde é algo que vem surgindo há várias décadas em um esforço coletivo para diminuir a fragmentação progressiva dos cuidados de saúde e melhorar seus resultados (BEZERRA et al., 2013).

No manejo do POP, a mulher com essa condição poderá ter consequências em diversas esferas da saúde, como psicológica, física, social e econômica (LAMERS; BROEKMAN; MILANI, 2011) NE: 5 GR: D. Assim, faz-se necessário que a prestação de cuidados e de serviços, independente do local do atendimento, contemple profissionais diferentes a fim de atender às necessidades das mulheres que buscam os serviços especializados.

Nesse contexto, dentre os principais profissionais que prestam serviços, destaca-se o médico, com papel de diagnosticar o tipo de DAP e escolher o plano terapêutico mais adequado; o enfermeiro e o fisioterapeuta, que atuarão nos cuidados relacionados ao tratamento conservador com pessário e com treinamento da musculatura do assoalho pélvico. Dependendo dos sinais e sintomas apresentados pela paciente, pode-se também encaminhá-la para um estomaterapeuta, psicólogo, urologista, proctologista, dentre outros (THAKAR; STANTON, 2002; BEZERRA et al., 2013).

É essencial que a DAP seja diagnosticada corretamente, os resultados e os planos de tratamento subsequentes coordenados de maneira adequada, o acesso a especialistas seja disponibilizado e as investigações direcionadas de forma interdisciplinar, de modo que se tornem ferramentas para melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e paciente para promover qualidade de vida.

## Entrevista clínica centrada na pessoa

Segundo Souto e Pereira (2011), o modelo de entrevista clínica centrada na pessoa acontece quando o profissional promove uma relação de cooperação com o paciente. Nesse método, os protagonistas encontram um terreno comum para abordar preocupações do paciente, decisões a serem tomadas e suas ideias sobre o que ocorre e o que deve ser feito. Levam-se em conta, ainda, suas expectativas e suas experiências pessoais e culturais em relação à enfermidade e também as de sua comunidade.

No contexto da consulta de pessário vaginal, a entrevista clínica centrada na pessoa foge à tradicional forma de construção da clínica médica, focada exclusivamente no diagnóstico e na conduta, ou seja, em perguntas direcionadas à identificação da doença e ao posterior esclarecimento acerca do tratamento. Essa abordagem visa um encontro menos diretivo, permitindo que a paciente tome parte na condução da entrevista e na escolha do tratamento, fundamental para adesão à terapêutica com pessário vaginal.

Para Bertakis e Azari (2011) e Stewart et al. (2010), as características operativas da entrevista clínica centrada na pessoa incluem algumas atitudes por parte do profissional, tais como:

- Permitir ao paciente a livre expressão de suas preocupações mais importantes;
- Escuta ativa;
- Buscar que sejam verbalizadas perguntas concretas;
- Favorecer e motivar que os pacientes expliquem suas crenças e expectativas sobre a sua enfermidade;
- Facilitar a expressão emocional do paciente;
- Proporcionar informações ao paciente e esclarecer suas dúvidas;
- Envolver o paciente na construção do tratamento, buscando entrar em acordo quanto à forma como ele acontecerá.

## PRIMEIRA CONSULTA PARA AVALIAÇÃO DA MULHER COM INDICAÇÃO TERAPÊUTICA DO PESSÁRIO VAGINAL

A mulher com queixa de prolapso, inicialmente, deve ser avaliada pelo médico para realização da anamnese, exame físico (POP-Q) e outros exames complementares, se necessário. Caso o médico defina que a paciente tem indicação para iniciar o tratamento com pessário vaginal ela será encaminhada para consulta de utilização do pessário (ROCHA et al., 2013) NE: 5 GR: D.

A primeira consulta de pessário é um momento crucial para a paciente, pois é nessa ocasião que muitas mulheres irão conhecer o dispositivo e entender como o tratamento acontece. Ressalta-se que na primeira consulta será verificado se a mulher está apta ou não para iniciar o tratamento.

### Educação em saúde

A educação em saúde é uma ferramenta importante para a sensibilização da paciente quanto ao tratamento com pessário. É nesse momento que ela poderá indagar possíveis dúvidas e o profissional poderá saná-las. A utilização de tecnologias educativas como modelos anatômicos e vídeos para exemplificar a inserção, posição e retirada do pessário auxiliam a compreensão dessa mulher quanto ao seu problema e como o dispositivo irá solucionar seus sintomas. Faz-se premente também mostrar para a mulher os tipos, formatos e tamanhos de pessários disponíveis no local do atendimento a fim de que ela possa sentir a textura do dispositivo (ROCHA et al., 2015) NE: 5 GR: D.

Estudo realizado com latino-americanas identificou que a mulher, ao iniciar o tratamento com pessário, passa por três estágios: ajustamento, que seria a decisão em iniciar a terapêutica; adaptação, que seria o momento em que a mulher aprende os cuidados e psicologicamente aceita que o pessário fará parte do seu cotidiano; e seguimento, estágio em que a mulher já aderiu ao tratamento e o faz de forma correta, observando a melhora significativa dos seus sintomas (SEVILLA et al., 2013) NE: 5 GR: D.

Ressalta-se que a primeira consulta enquadra-se nessa fase de ajustamento. Logo, nesse momento inicial, é importante que o profissional destaque alguns pontos: **1)** O que é o tratamento com pessário; **2)** Suas vantagens e desvantagens;

## PRIMEIRA CONSULTA PARA AVALIAÇÃO DA MULHER COM INDICAÇÃO TERAPÊUTICA DO PESSÁRIO VAGINAL

3) Orientação sobre onde e como a paciente irá aprender sobre o manuseio do dispositivo (inserção e retirada).

### Anamnese

A anamnese nessa consulta leva em consideração alguns pontos fundamentais que deverão ser verificados durante a avaliação da paciente para a inserção do dispositivo, bem como a adequação dela ao tratamento com pessário.

Assim, deve-se considerar se a paciente possui ou não atividade sexual, tipo e estadio do prolapso, capacidade da paciente para realizar seu autocuidado e adesão da paciente às consultas de acompanhamento do dispositivo, sozinha ou com um cuidador (HAGEN; TAKHAR, 2015) NE: 5 GR: D.

Além disso, deve-se avaliar se a paciente faz uso de estrogênio tópico ou não. Os cremes de estrogênios frequentemente são associados ao tratamento conservador do POP em mulheres na menopausa a fim de corrigir a atrofia local (ISMAIL; BAIN; HAGEN, 2010; SUCKLING et al., 2006) NE: 1A GR: A.

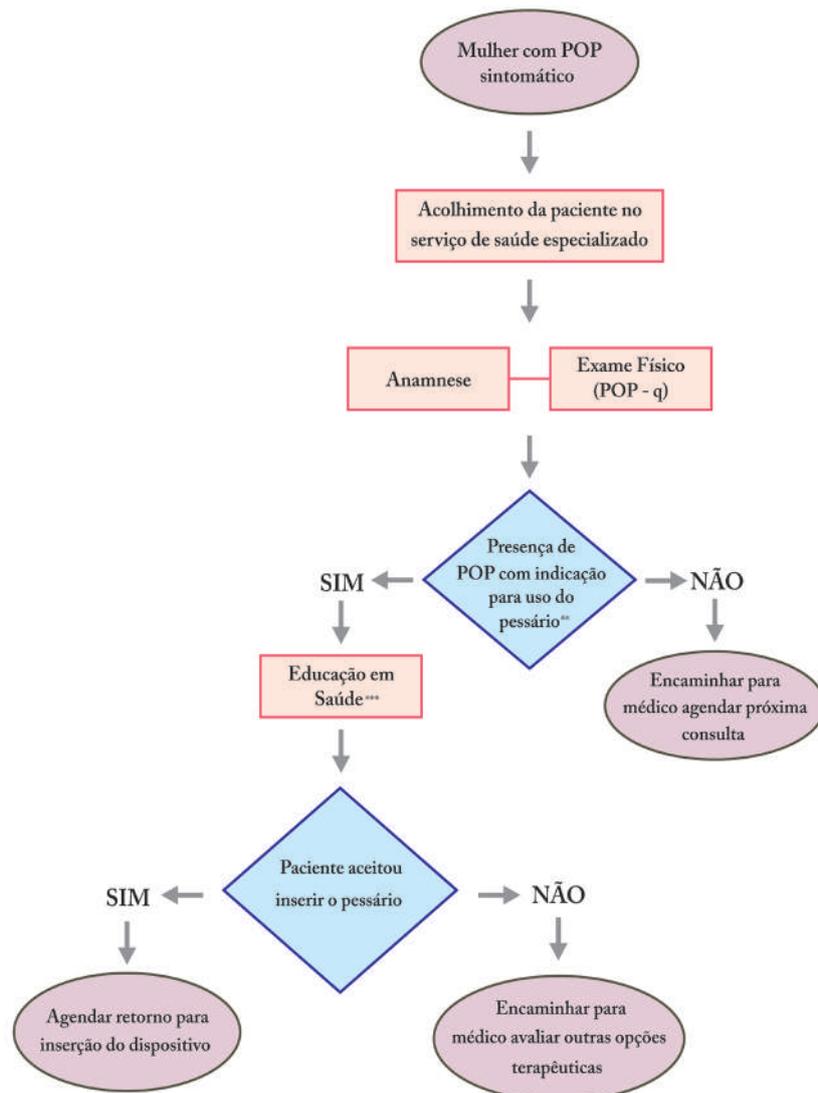
É possível também que o tratamento com hormônio intravaginal, sozinho ou em associação com outras medidas conservadoras, auxilie na melhora do prolapso, reforçando os ligamentos, músculos e mucosa vaginal. Contudo, ainda se necessita de mais evidências clínicas (CÂNDIDO et al., 2012) NE: 2A GR: B; (ISMAIL; BAIN; HAGEN, 2010; SUCKLING et al., 2006) NE: 1A GR: A.

### Exame Físico

O exame físico geralmente é realizado na posição ginecológica, sob esforço, podendo ser utilizada a posição ortostática com um membro inferior fletido, caso o prolapso não tenha sido evidenciado. O exame compreende a avaliação das paredes vaginais anterior e posterior, do colo uterino ou da cúpula vaginal, do hiato genital, do corpo perineal e do esfíncter anal (CÂNDIDO et al., 2012) NE: 2A GR: B.

# PRIMEIRA CONSULTA PARA AVALIAÇÃO DA MULHER COM INDICAÇÃO TERAPÊUTICA DO PESSÁRIO VAGINAL

A figura 3 oferece o algoritmo da primeira consulta para avaliação da mulher com indicação terapêutica do pessário.



**Figura 3:** Algoritmo para avaliação da mulher com indicação terapêutica do pessário. Fortaleza, 2016.

**Fonte:** Elaborado pela autora.

\*Verificar legenda dos símbolos no anexo A.

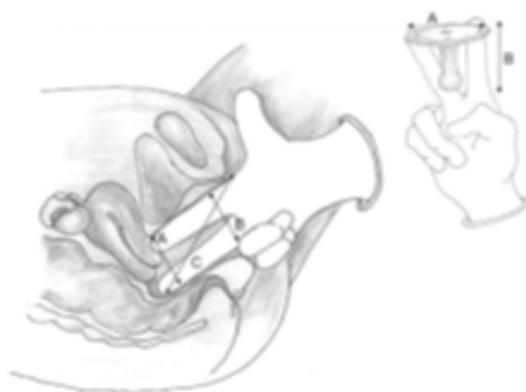
\*\*Alívio dos sintomas de POP; Prevenção de aumento do prolapso e de morbididades relacionadas; Cirurgia não desejada ou contraindicada; Conveniência (enquanto aguarda cirurgia agendada); Previsão para esclarecer resultados cirúrgicos prováveis; Ferramenta de diagnóstico da IUE oculta.

\*\*\*O que é o tratamento com pessário; Suas vantagens e desvantagens; Orientação onde e como a paciente irá aprender sobre o manuseio do dispositivo (inserção e retirada); Sanar possíveis dúvidas.

## CONSULTA DE INSERÇÃO DO PESSÁRIO VAGINAL

O objetivo da inserção é encontrar um pessário que melhore os sintomas do compartimento pélvico afetado, que seja confortável para a paciente, que fique fixo durante atividades diárias, que não obstrua a micção ou a defecação e que não cause irritação vaginal (CLEMONS et al., 2004) NE: 2C GR: B.

Embora medidas definitivas não tenham sido identificadas para auxiliar a escolha do tamanho e do tipo de pessário, os profissionais mais experientes normalmente observam várias medidas digitais e avaliam o tônus muscular pélvico durante o exame físico (Figura 4).



**Figura 4:** Demonstração da medida digital da vagina para escolha do pessário.

**Fonte:** ATNIP; O'DELL, 2012.

Essas determinações podem ajudar o profissional a desenvolver uma imagem mental do tamanho, da forma e do suporte vaginal (CÂNDIDO et al., 2012) NE: 2A GR: B. A tentativa inicial pode ser feita usando o pessário que se encaixe nessa imagem mental (ATNIP; O'DELL, 2012) NE: 5 GR: D. Em média, são utilizados dois ou três pessários em uma única consulta até achar o ideal; no entanto, há relatos da necessidade de até duas consultas antes da inserção com sucesso (ROCHA et al., 2013) NE: 5 GR: D.

Mulheres que não conseguem manter o pessário em uma tentativa inicial são menos propensas a lograr êxito em consultas subsequentes, mas a persistência pode compensar. Alguns pesquisadores encontraram 22 de 49 mulheres que não conseguiram o ajuste adequado do pessário na primeira consulta e que conseguiram com sucesso na segunda (ATNIP, 2009) NE: 5 GR: D.

# CONSULTA DE INSERÇÃO DO PESSÁRIO VAGINAL

## Passos para seleção e ajuste do pessário

De acordo com Rocha et al. (2013), Atnip e O'dell (2012) e Atnip (2009), existem alguns passos que deverão ser checados para o ajuste exitoso do pessário NE: 5 GR: D. Segui-los de forma sistemática irá auxiliar no processo de inserção e adequação do pessário. Dessa forma, segundo Rocha et al. (2013) NE: 5 GR: D:

1. Manter um pequeno estoque de pessários de silicone em tamanhos e formas comumente usados pode oferecer uma experiência mais adequada;
2. O conforto na inserção pode ser melhorado para as mulheres que estão muito sensíveis ou apreensivas por meio da utilização de lidocaína gel aplicada no intróito vaginal por cinco minutos antes do encaixe. Se o tecido genital é muito atrófico ou não-elástico, várias semanas de terapia com estrogênio tópico antes da inserção pode ser o ideal;
3. Deve-se familiarizar a mulher com o pessário antes da inserção (deixá-la ver, sentir e dobrá-lo; utilizar recursos visuais, como: modelos pélvicos ou gráficos, para mostrar como o pessário vai ficar na vagina);
4. A inserção será mais confortável se a mulher estiver com a bexiga e o intestino vazios; no entanto, para testar a incontinência por esforço, o encaixe com a bexiga cheia facilitará a avaliação. Se o intestino estiver cheio e não puder ser esvaziado de forma voluntária, um enema local ou a remarcação da consulta pode ser mais útil;
5. Deve-se avaliar e tratar as causas de sensibilidade vaginal antes da inserção (infecção ou lesões);
6. Durante os testes com o pessário, a presença de um recipiente (“comadre”) para a paciente esvaziar a bexiga no local irá facilitar a recuperação, caso o pessário seja expulso;
7. Se o pessário for facilmente expulso, tente um tamanho maior ou um estilo diferente. Se o pessário for desconfortável ou a paciente sentir muita pressão, tente um tamanho menor ou um estilo diferente. Quando o tamanho ideal é selecionado, o pessário fica confortável e as mulheres costumam dizer: “Eu nem consigo perceber que ele está lá!”;
8. O pessário que está confortável e retido adequadamente, exceto durante as evacuações, pode ter sua utilização melhorada caso a mulher opte por removê-lo para

## CONSULTA DE INSERÇÃO DO PESSÁRIO VAGINAL

defecação ou apoiá-lo digitalmente durante a evacuação;

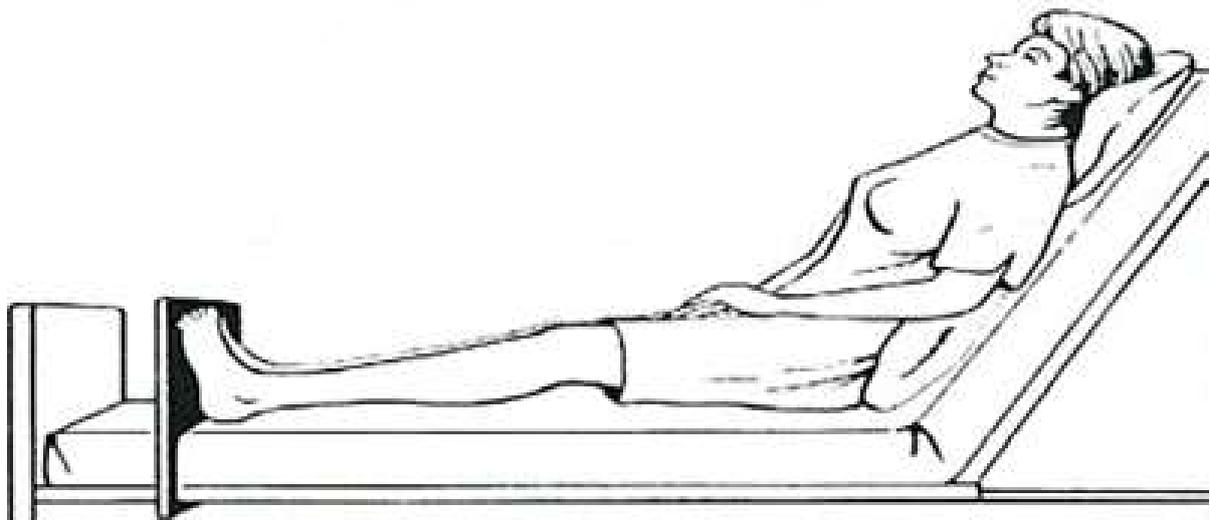
**9.** Reinserção pode ser necessária após perda ou ganho de peso, um período de remoção temporária, ou durante a utilização a longo prazo, se as alterações do tecido atrófico continuam (aumento da estenose ou diminuição do suporte);

**10.** Certifique-se de possuir um sistema para identificar as pacientes faltosas às consultas de seguimento para evitar possíveis problemas relacionados com a negligência no uso do pessário.

### Passos para inserção do pessário

A inserção do pessário vaginal deve seguir passos definidos, de acordo com Hagen e Takhar (2015), Rocha et al. (2013), Atinip e O'dell (2012), Atnip (2009) NE: 5 GR: D. Assim:

- 1.** Revise os objetivos e as expectativas do tratamento com o pessário;
- 2.** É importante que a mulher esteja com a bexiga e o intestino vazios;
- 3.** Coloque a paciente na posição de Semi-fowler (Figura 5);



**Figura 5:** Posição de Semi-fowler.

Fonte: <http://www.waybuilder.net>

## CONSULTA DE INSERÇÃO DO PESSÁRIO VAGINAL

4. Cuidadosamente, reduza qualquer prolapso antes de realizar o dimensionamento;
5. Após aplicar generosamente um lubrificante à base de água no intróito vaginal, e não na luva, avalie digitalmente o tamanho, a forma e o suporte vaginal (ver Figura 4), como qualquer contraindicação relativa para inserção do pessário (dor à palpação, infecção ou lesão vaginal e reto cheio);
6. Selecione o pessário apropriado e limpe-o, lavando-o bem com água e sabão;
7. Aplique lubrificante adicional na borda do pessário, se necessário;
8. Insira o pessário, aplicando cuidadosamente pressão na parede vaginal posterior e/ou obliquamente (entre 11:00 e 5:00 horas em relação ao intróito vaginal) no diâmetro mais largo, evitando pressionar a uretra;
9. Posicione o pessário no sentido longitudinal à vagina, entre a sínfise púbica e o promontório, colocando o mais profundo possível;
10. Para checar a inserção inicial, peça à mulher para realizar manobra de Valsalva, ou seja, qualquer tentativa de exalar ar da glote fechada ou com a boca e nariz fechado aumentado a pressão torácica, e tosse, tanto em posição litotômica como em pé. O pessário correto deverá ser confortável e poderá avançar através do intróito com pressão e recuar com relaxamento, contudo não poderá ultrapassar o intróito. O profissional deverá ser capaz de movimentar suavemente o pessário no lugar, o que demonstra que este não está pressionando com muita força as paredes vaginais;
11. Peça à paciente para andar e movimentar-se na sala de exames e simular atividades que normalmente faz (caminhar, abaixar-se para pegar objetos no chão, sentar-se) e pergunte se ela sentiu algum desconforto;
12. Peça à mulher para sentar no aparelho sanitário e realizar manobra de Valsalva suavemente, simulando a defecação. Para defecação real, pode ser necessário que a mulher sustente digitalmente o pessário no local;
13. Se a inserção foi bem sucedida até este ponto, reveja as expectativas da paciente e agende uma consulta de retorno com uma semana (CULLIGAN, 2012) NE: 5 GR: D. Anote a data de inserção e o prazo de validade do pessário indicado pelo fabricante, destacando até quando a paciente poderá utilizar o dispositivo inserido. Caso o pessário seja expelido ou esteja desconfortável, inicie o processo de inserção novamente;
14. Seja ou não a inserção bem sucedida, documente o tamanho e a forma do pessário utilizado para impedir tentativas repetidas nas consultas subsequentes.

## CONSULTA DE INSERÇÃO DO PESSÁRIO VAGINAL

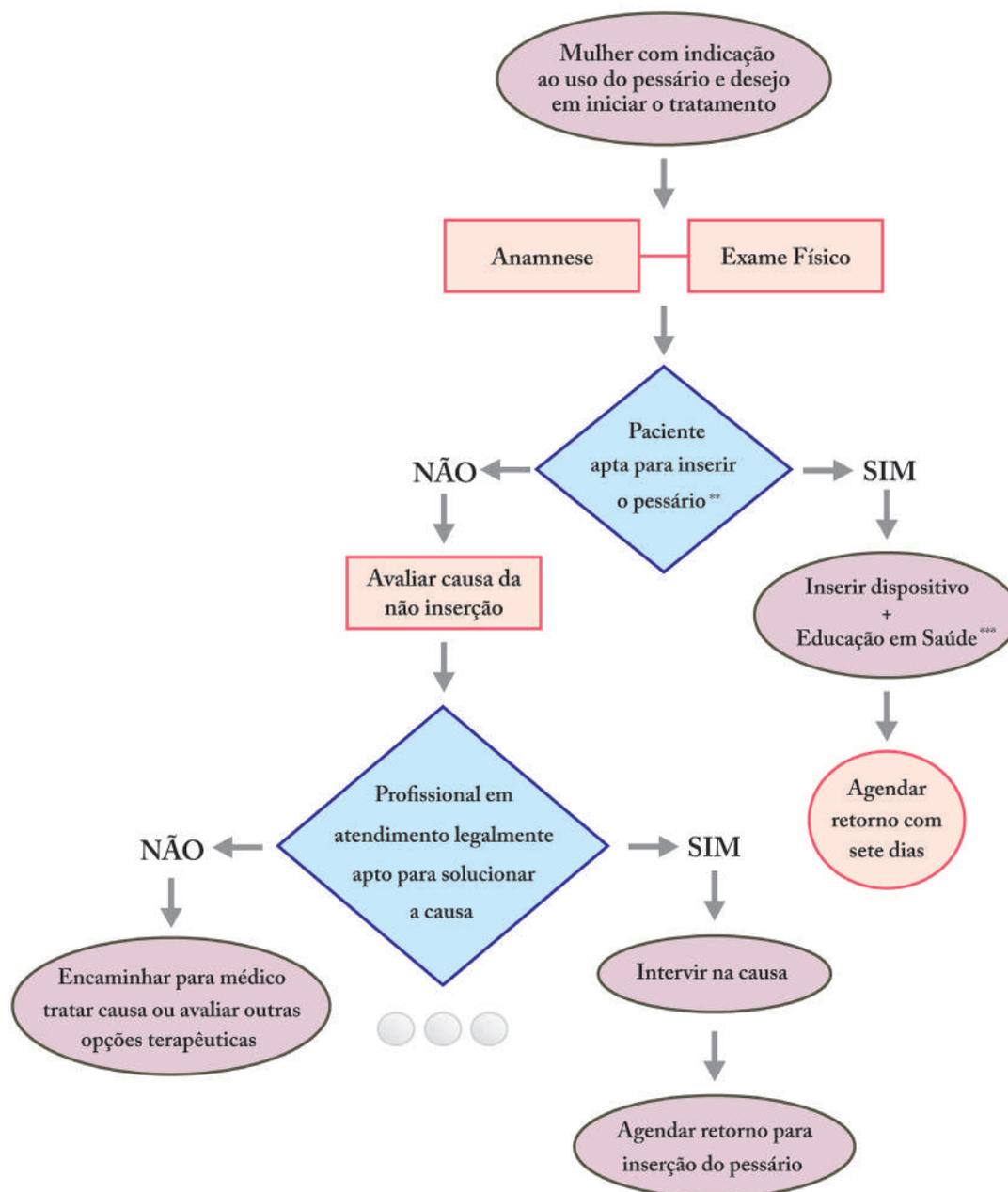
Após a inserção inicial do pessário, é necessário avaliar seu impacto em relação aos sintomas de POP da paciente, perguntando-a se permanece ou não com os sintomas iniciais (LONE et al., 2011) NE: 2B GR: B. É igualmente necessário avaliar sua satisfação e motivação para permanecer utilizando o dispositivo (LONE et al., 2011) NE: 2B GR: B; (ABDOOL et al., 2011) NE: 2C GR: B. Além disso, cumpre orientar a paciente, que o dispositivo ainda está em fase de teste e que, somente após essa semana (sete dias) de teste é que realmente se poderá afirmar que o dispositivo foi inserido com sucesso (CULLIGAN, 2012) NE: 5 GR: D. Para tanto, o profissional deve solicitar que a paciente realize todas as atividades que gostaria de fazer e não estava realizando pela presença do POP durante essa semana, assegurando-a que, caso o dispositivo caia ou cause algum desconforto, outro tamanho ou formato poderão ser tentados na próxima consulta (CULLIGAN, 2012) NE: 5 GR: D.

Após checar esses pontos iniciais, é necessário o acompanhamento periódico para avaliar a satisfação da paciente quanto ao tratamento, bem como a melhora dos sintomas (CULLIGAN, 2012) NE: 5 GR: D.

Os cuidados com o dispositivo quanto à higienização, à frequência da retirada e da inserção e à atividade sexual serão explanados na consulta seguinte, na fase de adaptação, para que a mulher possa experimentar a utilização do pessário em um período de uma semana (O'DELL; ATNIP, 2012, SEVILLA et al., 2013) NE: 5 GR: D.

A figura 6 oferece o algoritmo da consulta de inserção do pessário.

# CONSULTA DE INSERÇÃO DO PESSÁRIO VAGINAL



**Figura 6:** Algoritmo\* da consulta de inserção do pessário. Fortaleza, 2016.

**Fonte:** Elaborado pela autora.

\*Verificar legenda dos símbolos no anexo A.

\*\* Que não apresenta infecção vaginal ativa, erosão vaginal, ulceração ou atrofia vaginal grave; Favorável ao retorno às consultas de seguimento.

\*\*\* Familiarizar a mulher com o pessário; Explicar acerca do seu ajuste adequado.

## CONSULTA DE SEGUIMENTO À MULHER EM USO DE PESSÁRIO VAGINAL

Inicialmente, ressalta-se que existem dois tipos diferentes de consulta de seguimento, a consulta logo após a inserção do dispositivo e as consultas após adaptação da paciente com o pessário inserido (O'DELL; ATNIP, 2012, SEVILLA et al., 2013) NE: 5 GR: D.

A seguir, observa-se alguns itens que devem ser investigados nas consultas de seguimento após a inserção do pessário.

### Anamnese

A anamnese deve focar as mudanças pélvicas e sistêmicas, incluindo a queixa principal da paciente, presença de sintomas do trato urinário inferior, sintomas intestinais, secreção anormal ou odor vaginal, pressão ou desconforto pélvico, sensação de bola na vagina ultrapassando o pessário, atividade sexual, expulsão do pessário e escoriações (LONE et al., 2011) NE: 2B GR: B; (ABDOOL et al., 2011) NE: 2C GR: B.

É fundamental investigar quais medicamentos a paciente faz uso a fim de diferenciar possíveis sintomas decorrentes de patologias e não devido à utilização do pessário (JONES; HARMANLI, 2010) NR: 5 GR: D.

### Exame Físico

Para avaliar a inserção adequada do pessário, o ideal é examinar a paciente com a bexiga vazia. Deve-se verificar sensibilidade abdominal ou massas, presença de linfadenopatia regional ou erupções, genitália externa, atrofia genital e úlceras (CÂNDIDO et al., 2012) NE: 2A GR: B.

É importante verificar também o dispositivo quanto à coloração e textura, bem como se está provocando irritação, erosão vaginal ou cervical. Faz-se necessário utilizar um espécúlo vaginal para avaliar melhor paredes vaginais e cérvix (LONE et al., 2011) NE: 2B GR: B. Após essa avaliação, a paciente pode ter duas classificações: sucesso na inserção ou insucesso na inserção (ROCHA et al., 2013) NE: 5 GR: D.

## CONSULTA DE SEGUIMENTO À MULHER EM USO DE PESSÁRIO VAGINAL

Se houve insucesso na inserção, deve ser avaliada a possível causa e, caso a paciente deseje, deverá ser realizada uma nova tentativa com outros tamanhos ou modelos de pessário, seguindo os passos da primeira consulta de inserção novamente (ROCHA et al., 2013) NE: 5 GR: D.

Caso a paciente esteja bem adaptada, motivada e sem queixas, pode-se classificar como sucesso na inserção (HAGEN; THAKAR, 2015; ROCHA et al., 2013) NE: 5 GR: D. Nesse momento, segue-se uma etapa fundamental para garantir a adesão da paciente ao uso do dispositivo, que é a educação em saúde direcionada para o uso independente e satisfatório do dispositivo pela paciente (BEZERRA et al., 2015) NE: 5 GR: D.

### Educação em saúde

Nesse momento, a educação em saúde está voltada para os cuidados que a mulher deverá realizar utilizando o pessário. São escassos estudos com maiores evidências que direcionem os principais cuidados a serem realizados.

Dentre os cuidados, destacam-se a demonstração da remoção e a limpeza do pessário. A remoção do dispositivo deverá acontecer regularmente, no dia escolhido pela paciente ou pelo seu cuidador, e na melhor ocasião para quem for retirá-lo. Quando removido, a limpeza deverá ser realizada com água corrente e sabonete neutro (ROCHA et al., 2013) NE: 5 GR: D. Uma vez ao mês, o pessário deverá ser colocado em um recipiente com um litro de água morna e uma colher de vinagre branco, deixando-o imerso por um período de 15 minutos a fim de realizar uma limpeza mais profunda (ATNIP; O'DELL, 2012) NE: 5 GR: D.

Todos esses cuidados deverão ser apresentados à mulher, que deverá demonstrar para o profissional se os faz da maneira correta. Tecnologias educativas podem auxiliar nesse momento, como folders explicativos, cartão lembrete e vídeos educativos (BEZERRA et al., 2015) NE: 5 GR: D.

## CONSULTA DE SEGUIMENTO À MULHER EM USO DE PESSÁRIO VAGINAL

Outro cuidado é quanto à inspeção do pessário para avaliar sinais de danos no dispositivo. Informar à mulher que variações de textura e de coloração poderão ter relação com o desgaste e, nesses casos, o pessário deverá ser substituído (OLIVER; THAKAR; SULTAN, 2011) NE: 5 GR: D.

O quadro 3 resume os cuidados que as mulheres que utilizam pessário devem realizar.

<b>INTERVALO DE REMOÇÃO DO PESSÁRIO ENTRE AS CONSULTAS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Regularmente (toda noite, semanalmente ou mensalmente) e reinserti-lo após limpeza;</li><li>• Removido regularmente e ficar sem o pessário durante a noite toda;</li><li>• Ocasionalmente fora (para relação sexual, limpeza e desconforto temporário);</li><li>• Ocasionalmente dentro (para atividades que exijam mais esforço, para as que utilizam pessário devido à incontinência).</li></ul>
<b>LIMPEZA DO PESSÁRIO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Remova, lave com sabão e água, enxágue e reinserte.</li></ul>
<b>LIMPEZA GENITAL</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Com o pessário no lugar, lave a genitália externa somente no chuveiro;</li></ul>

**Quadro 3:** Opções de autocuidado para usuárias de pessários.

**Fonte:** ROCHA et al., 2013. NE: 5 GR: D

## CONSULTA DE SEGUIMENTO À MULHER EM USO DE PESSÁRIO VAGINAL

Além disso, para melhorar o seguimento regular, o profissional deve desenvolver um consentimento informado para as pacientes assinarem, ficando com uma cópia e dando a outra para elas; agendar consultas de retorno antes da paciente deixar o consultório; sugerir o uso de algum lembrete (gráfico ou comportamental) para a mulher lembrar do retorno.

### Possíveis complicações

A importância da reavaliação regular e contínua das pacientes que utilizam pessário é fundamental para prevenir possíveis complicações. Essa avaliação deverá ser realizada até mesmo nas pacientes que não relatam queixas e que estejam confortáveis quanto ao uso do dispositivo. Não há evidências suficientes ou pesquisas bem fundamentadas que indiquem a verdadeira incidência das complicações relacionadas ao pessário (ABDULAZIZ et al., 2015) NE: 3A GR: B.

Em um estudo de follow-up de, no mínimo, seis anos com mulheres australianas utilizando o pessário anel, 56% afirmaram ter tido algum tipo de complicação, incluindo sangramento vaginal, expulsão involuntária do pessário, corrimento vaginal anormal, dor e constipação (SARMA et al., 2009) NE: 2B GR: B.

Infelizmente, o desenho metodológico do estudo supracitado não permitiu comparar os riscos do uso pessário com o risco do prolapso não tratado.

Sintomas leves e/ou transitórios são bastante comuns durante o uso do pessário (LONE et al., 2011) NE: 2B GR: B. Efeitos adversos graves e raros também podem ocorrer, principalmente se os cuidados relacionados ao pessário forem negligenciados (ABDULAZIZ et al., 2015) NE: 3A GR: B.

Em uma revisão sistemática de estudos de casos individuais publicados entre 1952 e 2014, eventos adversos graves relacionados ao uso de pessário, incluindo fístulas vesicovaginais e retovaginais, impactação do pessário exigindo remoção cirúrgica, perfuração intestinal e sepse, uremia, urosepsis e/ou danos renais devido à infecção e/ou obstrução foram relatados (ABDULAZIZ et al., 2015) NE: 3A GR: B.

Embora esses casos tenham apresentado morbidade grave e mortalidade

## CONSULTA DE SEGUIMENTO À MULHER EM USO DE PESSÁRIO VAGINAL

ocasional, apenas 39 dessas complicações maiores foram relatadas durante um período de mais de 50 anos avaliados. Enquanto a escassez de relatos sugere um baixo risco global de complicações graves relacionadas ao pessário, essas publicações destacam a necessidade de uma avaliação cuidadosa antes da inserção do pessário em cada consulta de rotina e sempre que ocorrem novos sintomas (ABDULAZIZ et al., 2015) NE: 3A GR: B.

## CONSULTA DE SEGUIMENTO À MULHER EM USO DE PESSÁRIO VAGINAL

A seguir, encontra-se o quadro 4 com as possíveis complicações na utilização do pessário e seu manejo.

COMPLICAÇÕES	MANEJO
<ul style="list-style-type: none"><li>- Corrimento vaginal</li><li>- Ulceração</li><li>- Dor</li><li>- Sangramento</li><li>- Constipação</li><li>- Alergia ao material do pessário</li><li>- Incapacidade de retirar ou inserir o dispositivo</li></ul>	Mudança no andamento da terapia. Regimes terapêuticos, incluindo drogas (antieméticos, analgésicos, antipiréticos, diuréticos, eletrólitos), fisioterapia e educação em saúde.
<ul style="list-style-type: none"><li>- Corrimento vaginal</li><li>- Erosão</li><li>- Vaginite</li><li>- Ulceração</li><li>- Pielonefrite aguda</li><li>- Fístula vesicovaginal</li><li>- Fístula retovaginal</li><li>- Obstrução ureteral</li></ul>	Necessita de tratamento farmacológico, transfusões de sangue, nutrição parenteral total.
<ul style="list-style-type: none"><li>- Pessário retido, exigindo a remoção cirúrgica</li><li>- Ulceração no útero</li><li>- Hidronefrose unilateral e bilateral</li><li>- Obstrução intestinal</li><li>- Fibrose vaginal</li></ul>	Cirurgia, endoscopia ou intervenções radiológicas

**Quadro 4:** Possíveis complicações na utilização do pessário e seu manejo.

**Fonte:** ABDULAZIZ et al., 2015.

# CONSULTA DE SEGUIMENTO À MULHER EM USO DE PESSÁRIO VAGINAL

## Exames complementares

Alguns exames deverão ser solicitados anualmente: ultrassom mamária, ultrassom transvaginal e exame colpocitológico. Em pacientes com idade superior a 50 anos, solicitar também a mamografia (GIRÃO et al., 2015) NE: 5 GR: D; (PEREIRA et al., 2014) NE: 1A GR: A.

Caso durante o exame físico seja observado sinais de irritação, aumento da secreção ou odor vaginal, solicitar uma bacterioscopia vaginal e antecipar o retorno da paciente (COLLINS et al., 2015; YOSHIMURA et al., 2015) NE: 2B GR: B.

Se a paciente, durante a anamnese, relatar disúria, alteração no estado de continência ou outros sintomas relacionados ao trato urinário, solicitar sumário de urina com urinocultura e antecipar retorno (GIRÃO et al., 2015) NE: 5 GR: D.

Caso a paciente relate sangramentos após inserção do pessário e faz uso de estrogênio tópico, encaminhar para profissional médico para solicitar ultrassom transvaginal a fim de verificar espessamento endometrial ou outras causas (CUNHA et al., 2014) NE: 5 GR: D.

## Seguimento das consultas de usuários de pessário

Não há consenso sobre o regime de acompanhamento quanto às consultas de pessário, podendo variar de acordo com a capacidade da paciente para remover e inserir o dispositivo, a integridade do epitélio vaginal e as complicações (HAGEN; TAKHAR, 2015) NE: 5 GR: D; (VELZEL et al., 2015) NE: 2C GR: B.

Embora pareça claro que o acompanhamento regular após inserção do pessário seja fundamental para adesão ao dispositivo e para evitar complicações importantes, tanto os intervalos apropriados quanto as recomendações de autocuidado para o acompanhamento continuam a ser amplamente baseados na opinião de especialistas e indicação de fabricantes do dispositivo. Intervalos ideais para consul-

## CONSULTA DE SEGUIMENTO À MULHER EM USO DE PESSÁRIO VAGINAL

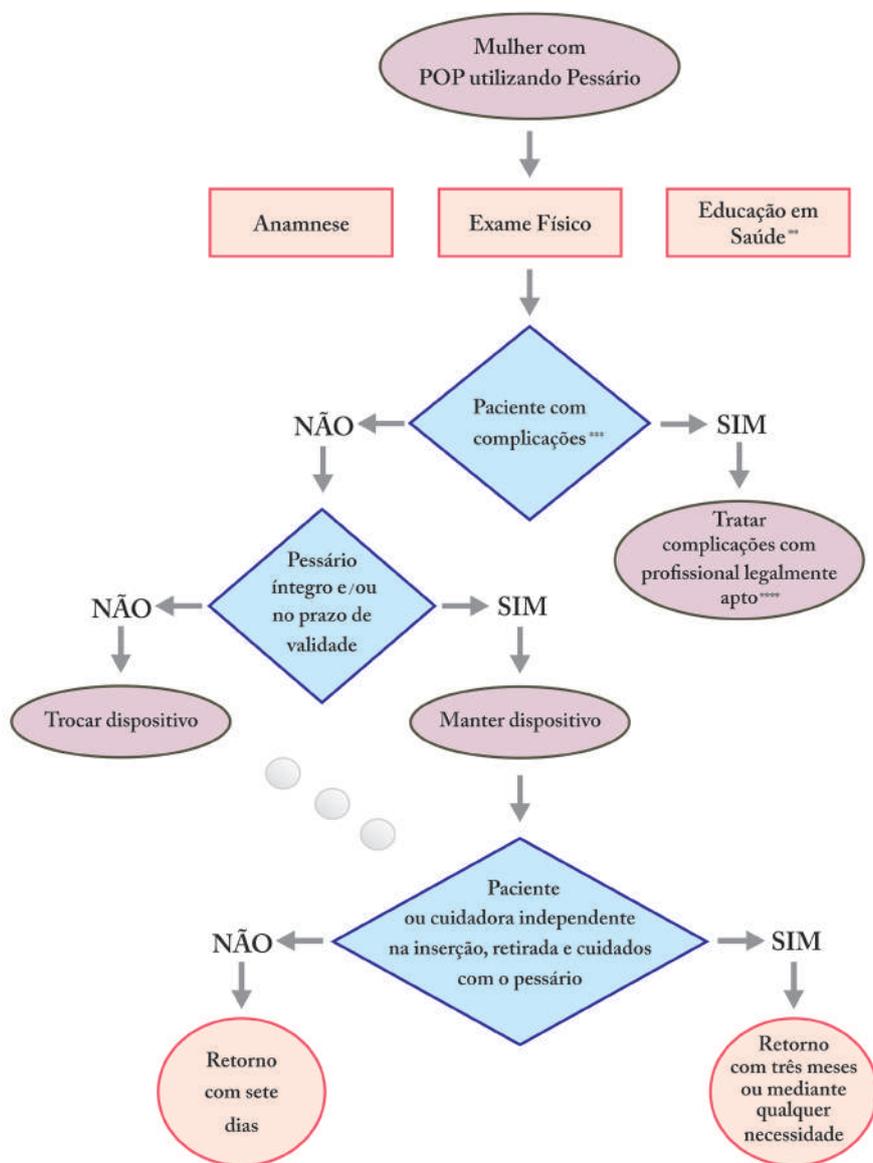
tas de seguimento não foram determinados e as recomendações variam (JONES; HARMANLI, 2010) NE: 5 GR: D.

Vale ressaltar que as pacientes devem ser informadas sobre os potenciais sintomas de complicações e aconselhadas a observar qualquer mudança em seu padrão miccional e evacuatório. No caso de pacientes em processo de aprendizado para inserção e retirada do dispositivo, poderão ter até seis consultas de acompanhamento mensais. Embora não haja padronização sobre o período de adaptação do tempo de inserção e retirada do pessário, as consultas de seguimento para avaliação periódica pós-adaptação são recomendadas, variando de dois a três meses no início até seis meses (HAGEN; TAKHAR, 2015; JONES; HARMANLI, 2010) NE: 5 GR: D.

Ressalta-se, que durante as consultas de seguimento, caso observe que o pessário passou do prazo de validade ou que possui algum dano, esse deverá ser substituído (ATNIP; O'DELL, 2012) NE: 5 GR: D.

A figura 7 oferece o algoritmo da consulta de seguimento da mulher em uso de pessário.

# CONSULTA DE SEGUIMENTO À MULHER EM USO DE PESSÁRIO VAGINAL



**Figura 7:** Algoritmo\* da consulta de seguimento da mulher em uso de pessário. Fortaleza, 2016.

**Fonte:** Elaborado pela autora.

\*Verificar legenda dos símbolos no anexo A.

\*\*Cuidados com o dispositivo quanto à higienização, retirada, inserção e atividade sexual.

\*\*\*Corrimento vaginal; Ulceração; Dor; Sangramento; Constipação; Alergia ao material do pessário; Incapacidade de retirar ou inserir o dispositivo; Erosão; Vaginite; Pielonefrite aguda; Fístula vesicovaginal ou retovaginal; Obstrução ureteral; Pessário retido, exigindo a remoção cirúrgica; Hidronefrose unilateral e bilateral; Obstrução intestinal; Fibrose vaginal.

\*\*\*\*Mudança no andamento da terapia; Tratamento farmacológico; Fisioterapia; Educação em saúde; Transfusões de sangue; Nutrição parenteral total; Cirurgia; Endoscopia ou intervenções radiológicas.

## REFERÊNCIAS

- ABDOOL, Z.; THAKAR, R.; SULTAN, A. H.; OLIVER, R. S. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. **Int. urogynecol. j. pelvic floor dysfunct.**, Surrey, v. 22, n. 3, p. 273-8, mar. 2011.
- ABDULAZIZ, M.; STOTHERS, L.; LAZARE, D.; MACNAB, 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.**, Montreal, v. 9, n. 5-6, p. 400-6, may./jun. 2015.
- ALMEIDA, M. B. A.; BARRA, A. A.; FIGUEIREDO, E. M.; VELLOSO, F. S. B.; SILVA, A. L.; MONTEIRO, M. V. C. et al. Disfunções de assoalho pélvico em atletas. **Femina.**, Rio de Janeiro, v.39, n.8, p. 395-402, ago. 2011.
- ALPERIN, M.; KHAN, A.; DUBINA, E.; TARNAY, C.; WU, N.; PASHOS, C. L. et al. Patterns of pessary care and outcomes for medicare beneficiaries with pelvic organ prolapse. **Female pelvic med. reconstr. surg.**, Hagerstown, v. 19, n. 3, p. 142-7, may./jun. 2013.
- ANTUNES, F. M. V.; MOUALLEM, J. M.; SINISCALCHI, R. T. Use of Polypropylene Meshes Covered for Treatment of Women Genital Prolapsed. **Rev. cienc. saúde**, Itajubá, v. 2, n. 3, p. 79-90, jul. 2012.
- ATNIP, S. D. Pessary use and management for pelvic organ prolapse. **Obstet. gynecol. clin. North Am.**, Philadelphia, v.36, n. 3, p. 541-63, sep. 2009.
- ATNIP, S.; O'DELL, K. Vaginal support pessaries: Indications for use and fitting strategies. **Urol. nurs.**, Portland OR, v.32, n.3, p. 114-24, may./jun. 2012.
- BERTAKIS, K. D.; AZARI, R. Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. **J am. board fam. med.**, Lexington, v. 24, n. 3, p. 229-39, may./jun.2011.

BEZERRA, K. C.; VASCONCELOS NETO, J. A.; BEZERRA, L. R. P. S.; KARBAGE, S. A. L.; FROTA, I. P. R.; VASCONCELOS, C. T. M.; ORIÁ, M. O. B. Health Promotion to Patients with Pelvic Floor Dysfunction: An Integrative Review. **Open j. obstet. gynecol.**, Irvine, v. 5, p. 155-162, mar. 2015.

BEZERRA, L. R. P. S.; VASCONCELOS NETO, J. A.; VASCONCELOS, C. T. M.; KARBAGE, S. A. L.; LIMA, A. C.; FROTA, I. P. R. et al. Prevalence of unreported bowel symptoms in women with pelvic floor dysfunction and the impact on their quality of life. **Int. urogynecol. j.**, Surrey, v. 25, n. 7, p. 927-33, jul. 2014.

BEZERRA, L. R. P. S.; VASCONCELOS NETO, J. A.; VASCONCELOS, C. T. M.; AUGUSTO, K. L.; KARBAGE, S. A. L.; FROTA, I. P. R. et al. **Temas em Uroginecologia**: Manual prático em uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico para profissionais da área da saúde. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2013.

BRAEKKEN, I. H.; MAJIDA, M.; ENGH, M. E.; BØ, K. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. **Am. j. obstet. gynecol.**, St. Louis, v. 203, n. 2, p. 1-7, aug. 2010.

BUGGE, C.; HAGEN, S.; THAKAR, R. Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse and urinary incontinence: a multiprofessional survey of practice. **Int. urogynecol. j. pelvic floor dysfunct.**, Surrey, v. 24, n. 6, p. 1017-24, jun. 2013.

CÂNDIDO, E. B.; GIAROLLA, L.; FONSECA, A. M. R. M.; MONTEIRO, M. V. C.; CARVALHO, T. S.; SILVA FILHO, A. L. Conduta nos prolapso genitais. **Femina.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 97-104, mar./abr. 2012.

CLEMONS, J. L.; AGUILAR, V. C.; TILLINGHAST, T. A.; JACKSON, N. D.; MYERS, D. L. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. **Am. j. obstet. gy-**

## REFERÊNCIAS

**necol.**, St. Louis, v.190, n.4, p.1025-9, apr. 2004.

COLLINS, S.; BEIGI, R.; MELLEN, C.; O'SULLIVAN, D.; TULIKANGAS, P. The effect of pessaries on the vaginal microenvironment. **Am. j. obstet. gynecol.**, St. Louis, v. 212, n. 1, p. 60.e1-6, jan. 2015.

CULLIGAN, P.J. Nonsurgical management of pelvic organ prolapse. **Obstet. gynecol.**, Hagerstown, v. 119, n. 4, p. 852-60, apr. 2012.

CUNHA, V.; REDONDO, L.; FATELA, A.; MARQUES, C. Hiperplasia Endometrial. **Acta obstet. ginecol. port.**, Lisboa, v. 8, n. 1, p. 38-44, 2014.

GIRÃO, M. J. B. C.; SARTORI, M. G. F.; RIBEIRO, R. M.; DI BELLA, Z. I. K. J. **Tratado de uroginecologia e disfunção do assoalho pélvico**. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2015.

HAGEN, S.; STARK, D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. **Cochrane database syst. rev.**, Oxford, v. 12, p. 1-17, dec. 2011.

HAGEN, S.; THAKAR, R. Conservative management of pelvic organ prolapse. **Obstet. gynaecol. reprod. med.**, Kidlington, v. 25, n. 4, p. 91-5, apr. 2015.

HAYLEN, B. T.; RIDDER, D.; FREEMAN, R. M.; SWIFT, S. E.; BERGHMANS, B.; LEE, J. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction., **Int. urogynecol. j. pelvic floor dysfunct.**, Surrey, v. 21, n. 1, p. 5-26, jan. 2010.

HOWICK, J.; PHILLIPS, B.; BALL, C.; SACKETT, D.; BADENOCH, D.; STRAUS, S. et al. **Oxford Centre for Evidence-Based Medicine – Levels of evidence and grades of recommendation (March 2009)**. Acesso em: 20 mai. 2015. Disponível em: < <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>>.

HULLFISH, K. L.; TROWBRIDGE, E. R.; STUKENBORG, G. J. Treatment strategies for pelvic organ prolapse: a cost-effectiveness analysis. **Int. urogynecol. j. pelvic floor dysfunct.**, Surrey, v. 22, n. 5, p. 507-15, may. 2011.

ISMAIL, S. I.; BAIN, C.; HAGEN, S. Oestrogens for treatment or prevention of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. **Cochrane database syst. rev.**, Oxford, v. 9, p. 1-13, sep. 2010.

JARRET, M. E. D. **Pelvic Floor Dysfunction**. In: GIVEL, J.-C., MORTENSEN, N. J.; ROCHE, B. *Anorectal and Colonic Diseases. A Practical Guide to Their Management*. Third Edition. Springer; 2010. p. 611-25.

JONES, K. A.; HARMANLI, O. Pessary Use in Pelvic Organ Prolapse and Urinary Incontinence. **Rev. obstet. gynecol.**, New York, v. 3, n. 1, p. 3-9, 2010.

JONES, K. A.; SHEPHERD, J. P.; OLIPHANT, S. S.; WANG, L.; BUNKER, C. H.; LOWDER, J. L. Trends in inpatient prolapse procedures in the United States, 1979-2006. **Am. j. obstet. gynecol.**, St. Louis, v. 202, n. 5, p. 1-7, may. 2010.

KUNCHARAPU, I.; MAJERONI, B. A.; JOHNSON, D.W. Pelvic Organ Prolapse. **Am. fam. physician.**, Kansas City, v. 81, n. 9, p. 1111-7, may. 2010.

LAMERS, B. H. C.; BROEKMAN, B. M. W.; MILANI, A. L. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. **Int. urogynecol. j. pelvic floor dysfunct.**, Surrey, v. 22, n. 6, p. 637-44, jun. 2011.

LIMA, M. I. M.; LODI, C. T. C.; LUCENA, A. A; GUIMARÃES, M. V. M. B; MEIRA, H. R. C.; LIMA, L. M. et al. Genital prolapse. **Femina.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 69-77, mar./abr. 2012.

## REFERÊNCIAS

- LONE, F.; THAKAR, R.; SULTAN, A. H.; KARAMALIS, G. A 5-year prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. **Int j. gynaecol. obstet.**, Baltimore, v. 114, n. 1, p. 56-9, jul. 2011.
- MARAMBIO G., A.; SANDOVAL S., C.; VALDEVENITO S., R.; NASER N., M.; MANRÍQUEZ G., V.; GUZMÁN R., R. et al. Prolapso genital: etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. **Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile.**, Santiago, v. 22, n. 3, p. 211-220, 2011.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, out./dez. 2008.
- O'DELL, K.; ATNIP, S. Pessary care: Follow up and management of complications. **Urol. nurs.**, Portland OR, v. 32, n. 3, p. 126-36, may./jun. 2012.
- OLIVER, R.; THAKAR, R.; SULTAN, A. H. The history and usage of the vaginal pessary: a review. **Eur j. obstet. gynecol. reprod. biol.**, Amsterdam, v. 156, n. 2, p. 125-30, jun. 2011.
- PATEL, M.; MELLEN, C.; O'SULLIVAN, D. M.; LASALA, C. A. Impact of pessary use on prolapse symptoms, quality of life, and body image. **Am. j. obstet. gynecol.**, St. Louis, v. 202, n. 5, p. 1-4, may. 2010.
- PEREIRA, M. B.; OLIVEIRA, J.; RIBEIRO, D. P.; CASTRO, B.; YAPHE, J.; SOUSA, J. C. Grupo etário e periodicidade recomendados para a mamografia de rastreio: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.1135-40, abr. 2014.
- PERSU, C.; CHAPPLE, C. R.; CAUNI, V.; GUTUE, S.; GEAVLETE, P. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) – a new era in pelvic prolapse staging. **J. med. life.**, Bucharest, v. 4, n.1, p. 75-81, jan./mar. 2011.

PIMENTA, C. A. M.; PASTANA, I. C. A. S. S.; SICHIERI, K.; SOLHA, R. K. T.; SOUZA, W. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015.

PIZARRO-BERDICHEVSKY, J.; CLIFTON, M. M.; GOLDMAN, H. B. Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse in Elderly Women. **Clin. geriatr. med.**, Philadelphia, v. 31, n.4, p. 507-21, nov. 2015.

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

ROCHA, A. B. O.; LIMA, A. C.; VASCONCELOS, C. T. M.; FROTA, I. P. R.; VASCONCELOS NETO, J. A.; BIZARRIA, L. B. **Tratamento Conservador do Prolapso de Órgãos Pélvicos**. In: BEZERRA, L. R. P. S.; VASCONCELOS NETO, J. A.; VASCONCELOS, C. T. M.; AUGUSTO, K. L.; KARBAGE, S. A. L.; FROTA, I. P. R. et al. **Temas em Uroginecologia: Manual prático em uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico para profissionais da área da saúde**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2013. p. 221-39.

SARMA, S.; YING, T.; MOORE, K. H. Long-term vaginal ring pessary use: discontinuation rates and adverse events. **BJOG.**, Oxford, v.116, n.13, p.1715-21, dec. 2009.

SEVILLA, C.; WIESLANDER, C. K.; ALAS, A.; DUNIVAN, G.; KHAN, A.; MALISKI, S. et al. The Pessary Process: Spanish-Speaking Latinas' Experience. **Int. urogynecol. j. pelvic floor dysfunct.**, Surrey, v. 24, n. 6, p. 1-13, jun. 2013.

SHAH, S. M.; SULTAN, A. H.; THAKAR, R. The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse. **Int. urogynecol. j. pelvic floor dysfunct.**, Surrey, v. 17, n. 2, p. 170-5, feb. 2006.

SOUTO, B. G. A.; PEREIRA, S. M. S. F. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. **Arq. bras. ciênc. saúde.**, v.36, n. 3, p. 176-81, set./dez.

## REFERÊNCIAS

2011.

STEWART, M.; BROWN, J. B.; WESTON, W. W.; MCWHINNEY, I. R.; MCWILLIAM, C. L.; FREEMAN, T. R. **Medicina Centrada na Pessoa – Transformando o método clínico**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SUCKLING, J. A.; KENNEDY, R.; LETHABY, A.; ROBERTS, H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. **Cochrane database syst. rev.**, Oxford, v. 4, p. 1-13, oct. 2006.

TENFELDE, S.; TELL, D.; THOMAS, T. N.; KENTON, K. Quality of life in women who use pessaries for longer than 12 months. **Female pelvic med. reconstr. surg.**, Hagerstown, v. 21, n. 3, p. 146-9, may./jun. 2015.

THAKAR, R.; STANTON, S. Management of genital prolapse. **Br. med. j.**, London, v. 324, n. 7348, p. 1258-62, may. 2002.

VASCONCELOS, C. T. M.; VASCONCELOS NETO, J. A.; BEZERRA, L. R. P. S. et al. Disfunções do Assolho Pélvico: perfil sóciodemográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.4, n. 1, p. 1484-98, jan./abr. 2013.

VELZEL, J.; ROOVERS, J. P.; VAN DER VAART, C. H.; BROEKMAN, B.; VOLLEBREGT, A.; HAKVOORT, R. A nationwide survey concerning practices in pessary use for pelvic organ prolapse in The Netherlands: identifying needs for further research. **Int. urogynecol. j. pelvic floor dysfunct.**, Surrey, v. 26, n. 10, p. 1453-8, oct. 2015.

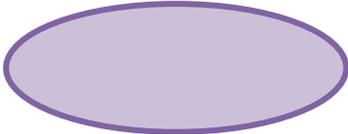
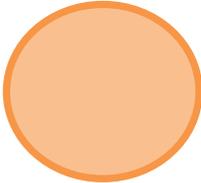
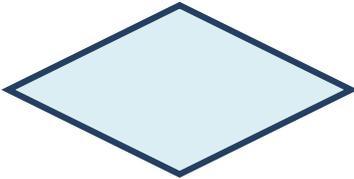
WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de Cuidado à Saúde e Organização do Serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

WINCZE, J. P.; WEISBERG, R. B. **Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment.** Third edition. Guilford Publications, 2015.

YOSHIMURA, K.; MOROTOMI, N.; FUKUDA, K.; HACHISUGA, T.; TANIGUCHI, H. Effects of pelvic organ prolapse ring pessary therapy on intravaginal microbial flora. **Int. urogynecol. j. pelvic floor dysfunct.**, Surrey, v. 16, p. 1-9, sep. 2015.

## ANEXO E APÊNDICES

### *Anexo A – Símbolos padrões e definições utilizados nos algoritmos.*

SÍMBOLO	DEFINIÇÃO
<p>Oval</p> 	<p>Cada algoritmo começa com um desenho oval, representando uma população de pacientes com uma característica definida, sintomas e queixas. Esses desenhos ovais também são chamados de quadros clínicos.</p>
<p>Círculo grande ou figura oval</p> 	<p>Usado como “saída”, ou seja, cada vez que um processo chega a uma etapa conclusiva. Desse elemento gráfico não partem flechas, é figura de encerramento.</p>
<p>Hexagonal/Losango</p> 	<p>As decisões clínicas mais importantes são representadas pelos hexágonos ou losangos, os quais tem somente dois possíveis desfechos: sim ou não (Pontos dicotômicos). São decisivos para os próximos passos e, por isso, são denominados pontos de decisão.</p>
<p>Retângulos</p> 	<p>Grupos específicos do processo de atendimento nos quais as intervenções diagnósticas ou terapêuticas devem ser realizadas.</p>
<p>Círculos pequenos</p> 	<p>Uma ligação com outra parte da diretriz clínica. Isso elimina a seta que iria para trás ou um cruzamento.</p>

Fonte: WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009.

### **Apêndice A – Locais para referência terciária no tratamento conservador do POP utilizando pessário vaginal.**

#### **Hospital Geral de Fortaleza (HGF) – Ambulatório de Uroginecologia.**

**Endereço:** Rua Ávila Goulart, 900 – Papicu, Fortaleza/Ceará – CEP: 60.175-295

**Telefone:** (85) 3265.5296 / 3101.3318 | Fax: (85) 3101.7095

#### **Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) – Ambulatório de Uroginecologia.**

**Endereço:** Rua Coronel Nunes de Melo, S/N – Rodolfo Teófilo, Fortaleza/Ceará – CEP: 60.430-270

**Telefone:** (85) 3366.8579

## ANEXO E APÊNDICES

### Apêndice B – Orçamento para o desenvolvimento do protocolo

O desenvolvimento do protocolo contou com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Os custos foram descritos conforme quadro abaixo:

Itens	Quantidade	Valor (R\$)
Revisor de português	01	1.500,00
Livros	02	600,00
Resmas de papel	40	1.600,00
Designer	01	660,00
Impressora multifuncional	01	1.500,00
Notebook	01	3.500,00
Toner preto/colorido	20	3.600,00
Impressão	05	200,00
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>13.160,00</b>

### Apêndice C – Colaboradores

#### **Amene Cidrão Lima**

Fisioterapeuta. Especialista em Saúde da Mulher no Climatério. Mestre em Reabilitação do Assoalho Pélvico. Docente das Faculdades INSPIRAR, da Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS) e da Universidade Gama Filho.

\*Colaboração na revisão do protocolo.

#### **Camila Teixeira Moreira Vasconcelos**

Enfermeira Obstetra. Doutora em Enfermagem. Especialista em Saúde da Família. Professora da Universidade Federal do Ceará.

\*Colaboração no Brainstorming eletrônico.

#### **Dayana Maia Saboia**

Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher e da Criança. Mestranda em Enfermagem. Coordenadora do ambulatório de Uroginecologia da MEAC.

\*Colaboração no Brainstorming eletrônico e na avaliação da qualidade do protocolo.

#### **Gisela Maria Assis**

Enfermeira. Estomaterapeuta. Mestre em Tecnologia em Saúde.

\*Colaboração na revisão do protocolo.

#### **Helena Soares de Camargo Pantaroto**

Enfermeira. Estomaterapeuta. Especialista em Sexualidade Humana.

## ANEXO E APÊNDICES

\*Colaboração na revisão do protocolo.

### **Isabella Parente Ribeiro Frota**

Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Uroginecológica. Mestre em Ciências Cirúrgicas. Docente da Faculdade INSPIRAR.

\*Colaboração no Brainstorming eletrônico e na avaliação da qualidade do protocolo.

### **José Ananias Vasconcelos Neto**

Médico Ginecologista e Obstetra. Mestre em Tocoginecologia. Supervisor da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do HGF. Professor da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

\*Colaboração no Brainstorming eletrônico, na revisão e na avaliação da qualidade do protocolo.

### **Karine de Castro Bezerra**

Enfermeira. Especialista em Pré-natal. Mestre em Enfermagem.

\*Colaboração no Brainstorming eletrônico, na revisão e na avaliação da qualidade do protocolo.

### **Larissa Bezerra Bizarria**

Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Hospitalar e em Uroginecologia.

\*Colaboração na revisão do protocolo.

### **Ricardo de Oliveira Lima**

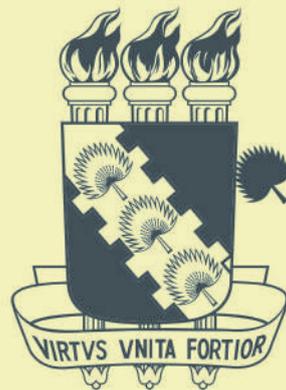
Enfermeiro. Estomaterapeuta. Acupunturista. Mestre e doutorando em Farmacologia.

\*Colaboração na revisão do protocolo.

\*Vale ressaltar que 71,4% (n=10) dos colaboradores apresentam expertise no conteúdo para o desenvolvimento do protocolo clínico, visto que possuem pelo menos três das seguintes características: Graduação em Medicina, Fisioterapia e/ou Enfermagem; Especialização; Mestrado; Doutorado; no mínimo dois anos de assistência na área de DAP; Docente; Participação em grupos de pesquisa/estudo sobre DAP; Trabalhos publicados em periódicos científicos. Ressalta-se também que 28,6% (n=4) dos colaboradores eram mulheres com POP usuárias de pessário vaginal. Suas ideias e opiniões foram captadas por meio de perguntas norteadoras, mediante gravação de áudio, no serviço de Uroginecologia do HGF.

Todos os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo e assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para registrar sua anuência. Não houve conflito de interesse entre os colaboradores no desenvolvimento do referido protocolo clínico.





**UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ**  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo

CEP 60430-160 - Fortaleza/CE